

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**THAIS DA ROCHA CICERO PINTO**

**TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA O CUIDADO AO  
PREMATURO NO DOMICILIO**

**VITÓRIA  
2016**

THAIS DA ROCHA CICERO PINTO

## **TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA O CUIDADO AO PREMATURO NO DOMICILIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

**Orientadora:** Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo

**Coorientadora:** Profa. Dra. Denise Silveira de Castro

VITÓRIA  
2016

THAIS DA ROCHA CICERO PINTO

## **TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA O CUIDADO AO PREMATURO NO DOMICILIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 20 de dezembro de 2016.

### **COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Orientadora**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Tânia Vignuda de Souza**  
**Escola Anna Nery - Membro externo**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Ramos**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Membro Interno**

---

**Prof. Dr. Hugo Cristo Sant' Anna**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Suplente Externo**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Edla de Oliveira**  
**Bringuenta**  
**Universidade Federal do Espírito Santo**  
**Suplente Interno**

A Deus e à minha família, razões do meu viver.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que tudo me concedeu e concede a cada dia. Dando-me muito mais do que preciso, peço e mereço.

Aos meus pais, pelo apoio diário, por todos os ensinamentos e pelo esforço para que eu me torne um ser humano cada vez melhor.

Ao meu esposo, Juliano, por estar sempre ao meu lado, pelo incentivo, por compreender minha ausência nos momentos de estudo e trabalho, por compartilhar comigo sonhos e conquistas.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cândida Caniçali Primo, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis e por seus ensinamentos que vou levá-los pela vida.

À minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Silveira de Castro, que mesmo a distância, esforçou para dar-nos suas preciosas considerações.

Ao Prof. Dr. Hugo Cristo Sant'Anna e ao LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do curso de Design da Universidade Federal do Espírito Santo que participaram da construção da animação gráfica.

Ao grupo Releitores, em especial ao acadêmico Kaio, que contribuiu muito com as adequações e correções do roteiro textual, junto com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janayna Casotti do Departamento de Línguas e Letras do Programa de Pós-graduação em Linguística da UFES.

Aos profissionais do HUCAM, por terem participado do processo de validação do *storyboard* para a construção da animação gráfica.

Aos membros da banca examinadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Ramos, Prof<sup>a</sup>, Dr<sup>a</sup>. Maria Edla Bringuente, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tania Vignuda, Prof. Dr. Hugo Cristo Sant' Anna por todo auxílio e considerações que me deram nesse trabalho.

Aos professores e colegas do mestrado pelos conhecimentos compartilhados e aos profissionais do Departamento de Enfermagem pelo acolhimento.

Às minhas amigas Andressa Thomazini e Brenda, ao enfermeiro Jhonathan e a fisioterapeuta Edna que me ajudaram muito na construção da dissertação.

Ao presente que Deus me trouxe nessa caminhada... Gabriel, que me deu forças para a conclusão desse trabalho.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

*Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua  
própria produção ou sua construção.*

Paulo Freire

## RESUMO

PINTO, Thais da Rocha Cicero Pinto. Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio. Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. 2016.

**Introdução:** A prematuridade é a principal causa de internações em unidades neonatais e a alta do bebê é um evento potencialmente estressante para os pais, pois é marcada por expectativas e incertezas. Sabe-se que as tecnologias educativas colaboram no processo de ensino-aprendizado dos pais, orientando sobre o modo mais adequado de prestar cuidados e responder às necessidades da criança, diminuindo o estresse, evitando readmissões e buscando recursos disponíveis na comunidade após a alta hospitalar. **Objetivo:** Construir e validar animações gráficas educativas sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro. **Método:** Estudo metodológico realizado em três etapas: identificação dos cuidados domiciliares ao prematuro; elaboração da tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro com base no “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney, e validação de conteúdo e aparência por juízes especialistas. Para identificar os cuidados, realizou-se uma revisão integrativa nas bases LILACS e MEDLINE, com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature”, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol. Para o desenvolvimento da animação gráfica seguiram-se quatro momentos: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave. Os dois primeiros momentos correspondem ao planejamento da animação, enquanto os dois últimos consistem na produção efetiva. **Resultados:** Dos 53 artigos selecionados foram extraídos os cuidados ao recém-nascido prematuro e agrupados nas doze atividades cotidianas da vida. Depois foi elaborado o roteiro textual para a animação gráfica, que contou também com consulta a livros-texto de neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. Para a produção das animações, foram produzidos três *storyboards*. O primeiro trata das atividades: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro das atividades: eliminação, higiene pessoal e

vestuário, e controle da temperatura corporal. Na terceira etapa, realizou-se a validação de conteúdo e aparência dos *storyboards* com 22 especialistas da área de neonatologia. Nos três *storyboards* a maioria dos itens obteve concordância acima de 80%. A validação pela leitura do *storyboard* possibilitou vislumbrar a necessidade de modificações em cenas e diálogos de forma mais clara e minuciosa, tendo em vista que alguns detalhes específicos poderiam não ser observados durante a exibição do desenho animado. Conclusão: Conclui-se que as animações gráficas sobre os cuidados domiciliares ao prematuro podem se tornar uma alternativa motivadora e adequada para abordagens de educação em saúde em grupo, uma vez que essa tecnologia educacional será utilizada na instituição como um dispositivo disparador de diálogo para as reuniões de alta hospitalar. A tecnologia é inovadora no apoio ao ensino-aprendizagem de pais e familiares acerca dos cuidados do prematuro no domicílio.

Descritores: Prematuro; Tecnologia Educacional; Animação; Enfermagem Neonatal; Bem-estar familiar; Estudo de validação.



## ABSTRACT

PINTO, Thais da Rocha Cicero Pinto. Educational Technology for the Homecare of the Premature Baby. Post-Graduation in Nursing of the Federal University of Espirito Santo. 2016.

Introduction: Prematurity is the main cause of hospitalizations at neonatal units, and the hospital release of the baby is an event that is potentially stressing to the parents, for being characterized by expectations and uncertainty. It is well known that the educational technologies contribute to the parent's process of teaching-learning, instructing about the most adequate ways to care and to respond to the needs of the child, diminishing stress, avoiding readmissions, and finding available resources in the community after the hospital release. Objective: To build and validate educational graphic animations about the homecare for the premature newborn. Method: This is a methodological study done in three stages: Identification of the different aspects of the premature homecare; elaboration of an educational technology about the homecare for the premature newborn, based in the "Life Activities Model" of Roper, Logan and Tierney, and the validation of the content and the aesthetics done by specialist referees. To identify the different aspects of the care, an integrative revision was done in the LILACS and MEDLINE databases, using the descriptors: "nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature", published in the period from January, 2011 to December 2015 in the languages Portuguese, English and Spanish. For the development of the graphic animation, there were four stages: 1) *Storyboard*; 2) Definition of objects; 3) Key pictures specification; and 4) Generation of pictures between the key pictures. The two first stages correspond to the planning of the animation, while the later two consist in the effective production of the piece. Results: From the 53 selected articles, the premature newborn different types of care were extracted and grouped in twelve daily life activities. After that, a text script was prepared for the graphic animation, which also included the analysis of Neonatology text-books, the neonatal intensive care, and Neonatology handbooks of the Department of Health. For the production of the animations, three *storyboards* were produced. The first one is about activities: Maintaining a safe environment, mobilization, communication, sleeping, working and having fun. The second one: Feeding and drinking, breathing and dying. And the third, the activities: Elimination,

personal hygiene and clothing, and the body temperature control. In the third stage, the validation of the content and aesthetics of the *storyboards* was done with 22 specialists in the area of neonatology. All three *storyboards* had most of their items with an agreement rate of over 80%. The validation done using the reading of the *storyboard* enabled to view the need of changes in scenes and dialogs to a more clear and detailed way, taking in account that a few specific details could not be observed during the exhibition of the animation. Conclusion: It is concluded that the graphic animations about the premature baby homecare can become a motivating and adequate alternative for health education in groups, once this technology will be used in the institution as a triggering device for dialog at the hospital release meetings. The technology is an innovation to the support of the teaching-learning process of parents and family members about the homecare of the premature baby.

Descriptors: Premature Baby; Educational Technology; Animation; Neonatal Nursing; Family Well-Being; Validation Study.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1</b>	O modelo de vida .....	27
<b>Figura 2</b>	Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa. Vitória, ES. 2016 .....	57
<b>Figura 3</b>	Família de personagens .....	96
<b>Quadro 1</b>	Categorização dos estudos acerca dos cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio segundo autor, ano, tipo de cuidados e atividade da vida. Vitória, ES. 2016 .....	68
<b>Storyboard 1</b>	Sobre as atividades cotidianas da vida manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. Vitória, ES. 2016 .....	74
<b>Storyboard 2</b>	Sobre as atividades cotidianas da vida alimentar e beber, respirar e morrer. Vitória, ES. 2016 .....	82
<b>Storyboard 3</b>	Sobre as atividades cotidianas da vida eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Vitória, ES. 2016 .....	88

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição dos cuidados nas categorias das atividades cotidianas da vida. Vitória, ES. 2016 .....	72
<b>ARTIGO 1</b>		
<b>Tabela 1</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o conceito de ideia .....	107
<b>Tabela 2</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a construção dramática .....	107
<b>Tabela 3</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o ritmo .....	108
<b>Tabela 4</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os personagens .....	108
<b>Tabela 5</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard .....	109
<b>Tabela 6</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os diálogos .....	109
<b>Tabela 7</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o estilo visual .....	110
<b>Tabela 8</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o público alvo .....	110
<b>Tabela 9</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a relevância .....	111
<b>ARTIGO 2</b>		
<b>Tabela 1</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o conceito de ideia .....	126
<b>Tabela 2</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a construção dramática .....	127
<b>Tabela 3</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o ritmo .....	127
<b>Tabela 4</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os personagens .....	128
<b>Tabela 5</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o potencial dramático .....	128
<b>Tabela 6</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os diálogos .....	129
<b>Tabela 7</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o estilo visual .....	129
<b>Tabela 8</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o público alvo .....	130
<b>Tabela 9</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a relevância .....	130

### ARTIGO 3

<b>Tabela 1</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o conceito de ideia .....	144
<b>Tabela 2</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a construção dramática .....	145
<b>Tabela 3</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o ritmo .....	145
<b>Tabela 4</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os personagens .....	146
<b>Tabela 5</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o potencial dramático .....	146
<b>Tabela 6</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo os diálogos .....	147
<b>Tabela 7</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o estilo visual .....	147
<b>Tabela 8</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo o público alvo .....	147
<b>Tabela 9</b>	Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do storyboard segundo a relevância .....	148

## LISTA DE SIGLAS

ALs	Atividades de Vida
APS	Atenção Primária à Saúde
AME	Aleitamento materno exclusivo
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HUCAM	Hospital universitário Cassiano Antônio de Moraes
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System <i>Online</i>
REBEN	Revista Brasileira de Enfermagem
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RGE	Refluxo gastroesofágico
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SMSL	Síndrome de Morte Súbita do Lactente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE ESTUDO	17
1.2	AS TECNOLOGIAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	18
1.3	OBJETIVO	22
1.4	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	22
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	24
2.1	TEORIA DE ENFERMAGEM: MODELO DE ATIVIDADE DA VIDA	25
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	29
3.1	CUIDADOS DOMICILIARES AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO	30
3.1.1	Manter um ambiente seguro	30
3.1.2	Comunicação	33
3.1.3	Higiene pessoal e vestuário	35
3.1.4	Controle de temperatura corporal	37
3.1.5	Mobilização	39
3.1.6	Dormir	40
3.1.7	Morrer	42
3.1.8	Respirar	43
3.1.9	Eliminar	43
3.1.10	Trabalhar e divertir-se	44
3.1.11	Alimentação	45
3.1.12	Expressar a sexualidade	49
3.1.13	Fatores que influenciam as atividades de vida	50
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	54
4.1	TIPO DE PESQUISA	55
4.2	ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO	55
4.2.1	Primeira etapa: Identificação dos cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro	55
4.2.2	Segunda etapa: Elaboração de uma tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro	57
4.2.3	Terceira etapa: Validação do conteúdo da tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro	60
4.3	ASPECTOS ÉTICOS	63
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	64
5.1	PRODUÇÃO TÉCNICA	65

5.2	ARTIGO 1 - RECEPÇÃO DO PREMATURO NO DOMICÍLIO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA	100
5.3	ARTIGO 2 - ANIMAÇÃO GRÁFICA EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES COM ALIMENTAÇÃO E RESPIRAÇÃO DO PREMATURO .....	117
5.4	ARTIGO 3 - ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE DESENHO ANIMADO EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS COM ELIMINAÇÃO, HIGIENE E TEMPERATURA DO PREMATURO .....	135
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	154
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	157
	<b>APÊNDICES</b> .....	177
	<b>ANEXOS</b> .....	187





## 1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA DE ESTUDO

Minha trajetória como enfermeira teve início durante a aprovação no vestibular da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Iniciei a graduação com 18 anos, em meio a muitas dúvidas sobre a função do enfermeiro dentro das instituições de saúde. Ao decorrer do curso e das descobertas diárias a respeito da profissão, pude reconhecer a importância do enfermeiro na área assistencial com levantamento de problemas, planejamento de intervenções e, além disso, como educador em saúde, buscando, assim, promover ao indivíduo e a família uma melhor qualidade de vida.

No quarto período de enfermagem fui selecionada para um estágio extracurricular no Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), onde tive o privilégio de transitar por diversos setores, como clínica médica, unidade de urgência e emergência e maternidade, o que me propiciou conhecimento em diversas áreas e o interesse em conhecer mais profundamente cada uma delas.

Com o término da graduação, em 2005, realizei um processo seletivo para o HUCAM e fui classificada para trabalhar como enfermeira assistencial no setor de unidade de urgência e emergência. Nesse mesmo período tive a oportunidade de exercer minhas atividades em outra instituição, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Ao longo da minha jornada de trabalho, identifiquei-me com a assistência ao neonato de alto-risco e, há três anos, solicitei transferência para o setor de neonatologia do HUCAM.

Em minha vivência atuando na UTIN, pude perceber, muitas vezes, o sentimento de angústia, medo, ansiedade e insegurança dos pais durante o processo de alta hospitalar do prematuro. Algumas das razões referem-se ao fato dos pais se sentirem sozinhos para cuidar do bebê em domicílio sem a equipe de saúde, assim como apresentam dificuldades de assimilar todas as orientações verbais fornecidas pela equipe multiprofissional. Isso se deve, na maioria das vezes, ao estresse desses pais com o nascimento precoce do filho, ou treinamentos desestimulantes.

Essas questões despertaram meu interesse em ampliar o conhecimento acerca da possibilidade de novas tecnologias para orientar os familiares na alta hospitalar. Quanto aos cuidados com o recém-nascido prematuro e que essa ferramenta facilite

o ensino aprendizagem dos familiares, fortalecendo o vínculo afetivo e o sentimento de segurança dos pais para cuidar do bebê após alta hospitalar.

## 1.2 AS TECNOLOGIAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Apesar de todo o avanço tecnológico, o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para diminuir os índices de mortalidade infantil no país, tendo em vista que a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009). Com intuito de melhorar a assistência aos prematuros e estabelecer uma contínua adequação, tanto na abordagem técnica quanto das posturas que acarretam mudanças ambientais e comportamentais, o Ministério da Saúde criou a norma de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Projeto Canguru, que é uma política pública que está sendo ampliado e fortalecido no Brasil, uma vez que foi incorporado às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna Neonatal (BRASIL, 2011).

É considerado recém-nascido pré-termo ou prematuro todo aquele que nasce depois da 20ª semana e antes de se completarem as 37 semanas de idade gestacional. Esses bebês apresentam órgãos e sistemas imaturos, os quais terão de assumir as respectivas funções, embora ainda não estejam preparados para tal (CUNHA; PROCIANOY, 2006; ROLIM; CARDOSO, 2006; COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

Sabe-se que a prematuridade é a principal causa de internações em unidades neonatais e a alta do bebê é um evento potencialmente estressante para os pais, pois é marcada por expectativas e incertezas. É neste momento que assumem verdadeiramente os cuidados pela criança e sentem-se angustiados ao ter que fazê-lo sem o auxílio da equipe de saúde (DUARTE *et al.*, 2010; OLIVEIRA; SENA, 2010).

Esta situação nos leva a pensar que o preparo para a alta hospitalar não pode ser um evento pontual, mas deve ser iniciado desde o nascimento da criança, e envolver os pais nos cuidados, fornecendo orientações para que saibam identificar e atuem

em situações de risco, possibilitando, assim, o aumento da confiança e segurança na assistência ao neonato (COUTO; PRAÇA, 2009).

O planejamento da alta deve ser individualizado, objetivando o reconhecimento da equipe para atender as necessidades específicas de cada família. No entanto, observa-se que alguns profissionais ainda não visualizam essa atividade como algo essencial na promoção da saúde do prematuro (MILLS; SIMS; JACOB, 2006; FROTA *et al.*, 2013).

A aplicação de materiais educativos pode contribuir no processo de educação em saúde, uma vez que simplifica a rotina dos profissionais de saúde e beneficia aos pais com instruções que poderão melhorar o fortalecimento de vínculo afetivo e diminuir a insegurança (FONSECA; SCOCHI, 2012; FROTA *et al.*, 2013). É possível afirmar que o fornecimento de informações aumenta a capacidade de adaptação da família e faz com que diminuam os riscos de estresse e o número das reinternações (COUTO; PRAÇA, 2009).

Além disso, as recomendações fornecidas pela equipe de enfermagem devem ser concisas, claras e de simples entendimento. É interessante que haja espaço para questionamentos e repetição do que é falado, caso necessário, pois uma comunicação adequada pode reduzir a ansiedade da família, ao passo que viabiliza maior assimilação das informações transmitidas. Vale ressaltar que tais instruções não devem ser longas para não interferir no aprendizado dos pais (DUARTE *et al.*, 2010; SIQUEIRA, 2011).

Todo o conhecimento adquirido será importante para garantir a continuidade e integralidade do cuidado ao recém-nascido em domicílio (DUARTE *et al.*, 2010; FROTA *et al.*, 2013). Estudo feito por Collares *et al* (2009) coloca o recurso de animação como um suporte informativo, o qual utiliza texto, som, imagem e um diálogo interativo com quem o assiste. Esse ambiente virtual proporciona experiências multissensoriais para o receptor.

A Enfermagem, assim como as demais profissões da saúde, utiliza das tecnologias com objetivo de promover autonomia e independência de seus clientes, seja em instituições fechadas, na educação em saúde ou em qualquer ambiente (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013). O principal objetivo da tecnologia é aumentar a eficiência da

atividade humana e, para isso, produz os mais variados objetos, ou os aperfeiçoam para torná-los mais duráveis. Nessa perspectiva, considera o trabalho tecnológico como intencional e racional, pois envolve a teoria e prática, além do conhecimento sistemático e especializado, que contribuirão com o resultado esperado (KNELLER, 1980).

Na Enfermagem temos as tecnologias educacionais, assistências e gerenciais. As tecnologias educacionais, que estão relacionadas com o processo de aprender e ensinar compreendem vários processos de educação formal-acadêmica e formal-continuada. Já as tecnologias assistenciais estão relacionadas com o cuidar. Ela envolve os profissionais e os clientes em diferentes níveis de atenção e, através de investigações, aplicação de teorias e da experiência cotidiana com esta população contribui com o desenvolvimento técnico-científico, com ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano, envolvendo todas as suas necessidades biopsicoespirituais. Por outro lado, as tecnologias gerenciais são usadas nos processos de gestão por profissionais da área da saúde, que a consideram importante para o planejamento, execução e avaliação, além de fundamentais para o gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, tendo como objetivo intervir na prática profissional, buscando a melhoria da sua qualidade (NIETSCHE, 2005).

Cabe ressaltar que muitos profissionais de enfermagem não sabem como realizar o processo de validação de conteúdo das tecnologias, que consiste na determinação da representatividade e extensão com que os elementos de um instrumento de avaliação são relevantes, além de aferirem o que se pretende medir (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Logo, muitos materiais produzidos, como folder, cartilhas, manuais, apostilas e cadernos de orientação, são, muitas vezes, entregues sem antes serem testados e validados diretamente pela população (OLIVEIRA, 2008). Sabe-se que para garantir a eficiência e validade desses materiais é pertinente e necessário realizar a avaliação dessas tecnologias (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2013).

O processo de validação revela o quanto o material que se pretende empregar tem relevância e credibilidade. Para isto, considera-se que a primeira fase deve haver a

construção de um instrumento e a segunda fase a avaliação desse por meio da análise por especialistas (DODT; XIMENES; ORIA, 2012, p. 230).

Teixeira (2011) caracteriza a validação de tecnologias educacionais como uma impulsionadora para se realizar uma nova intervenção ou melhorar uma já existente, empregando conhecimentos prévios. As tecnologias devem passar pela validação do conteúdo por juízes-especialistas com experiência na área do conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e julgá-los quanto à abrangência e representatividade, ou, ainda, se o conteúdo de cada item se relaciona com aquilo que se deseja medir (TEIXEIRA, 2010).

A utilização de uma tecnologia educativa tem o objetivo de auxiliar no aprendizado dos pais, fazendo com que desenvolvam o senso de responsabilidade durante o atendimento ao recém-nascido, ensinando sobre o modo mais adequado de prestar cuidados e responder às necessidades da criança, diminuindo o estresse, evitando readmissões e buscando recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta (NIETSCHE *et al.*, 2012).

A abordagem educativa se concretiza como um espaço no qual as pessoas são coparticipantes do processo de educação em saúde, autogeradoras da aprendizagem e, por meio de uma relação horizontal e dialógica, compartilham novos saberes e novas tomadas de consciência (PRADO *et al.*, 2009).

No cotidiano do cuidar, o saber da enfermagem, em parte, refere-se a um conjunto de teorias, as quais são desenvolvidas em resposta a uma necessidade do ser humano e da coletividade. Essas teorias são de extrema importância para a profissão, uma vez que respaldam a prática profissional e contribuem na ação de cuidados (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

Acredita-se, portanto, que o uso da teoria de enfermagem apoia os enfermeiros na definição de seus papéis, na aproximação da realidade, desempenho profissional, bem como na produção de conhecimento e de uma linguagem própria (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010). Tendo em vista a importância de se aplicar um modelo de Enfermagem, propõem-se utilizar o Modelo de atividade da vida de Roper; Logan e Tierney (2001) como referencial teórico para a organização da tecnologia educativa.

Deve-se ressaltar que a aplicação de referenciais teóricos na assistência de Enfermagem visa nortear a efetivação de ações de cuidar que privilegiem o ser humano, no sentido de restabelecer a saúde por meio do cuidado de Enfermagem (MCEWEN; WILLS, 2009). É essencial que os enfermeiros avaliem as teorias a serem utilizadas, para maior auxílio à prática e desenvolvimento da Enfermagem, assim como para a elaboração de uma assistência mais sistematizada (ROSA *et al.*, 2010).

Diante do exposto e como mestrandia do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) iniciei um processo reflexivo a respeito das tecnologias educativas sobre orientações para alta hospitalar do recém-nascido prematuro e emergiu neste estudo a seguinte questão: como elaborar uma tecnologia educacional do tipo animação gráfica que possa contribuir na orientação da alta hospitalar do recém-nascido? Assim, esta pesquisa tem como objeto de estudo, o cuidado ao prematuro em domicílio.

### 1.3 OBJETIVO

Construir e validar animações gráficas educativas sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro.

### 1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A relevância desta pesquisa para a assistência de enfermagem fundamenta-se na necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as especificidades do recém-nascido prematuro e propor uma tecnologia educativa para ser aplicada aos familiares no momento do planejamento da alta hospitalar. Acredita-se que tal inovação tecnológica possa colaborar para melhor compreensão e assimilação das informações pelos familiares do neonato, assim como instigar dúvidas e questionamentos. Além de contribuir com a equipe de enfermagem, pois padroniza

as orientações de cuidados ao neonato em domicílio, amenizando, assim, a ansiedade dos pais, principalmente, relacionadas às instruções controversas.

Assim espera-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros poderão com este recurso da animação gráfica contribuir com a proteção e a promoção da saúde dos recém-nascidos, uma vez que proporciona uma maior interação da equipe de enfermagem com os familiares, com o levantamento de problemas e planejamento de intervenções de enfermagem de forma individualizada.

Quanto ao ensino e a educação em saúde, o uso dessa tecnologia favorece aos familiares a aquisição de conhecimento sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro. Essa tecnologia pode ser aplicada em ambiente hospitalar assim como na atenção primária a saúde e nos ambulatorios de follow-up, auxiliando no aperfeiçoamento e atualização dos profissionais de saúde que trabalham nesses ambientes, fazendo com que apliquem o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações. Esse instrumento ultrapassa o processo clássico de transferência de informação, dando oportunidade ao profissional de estabelecer uma educação em saúde dialógica que proporcione a participação ativa dos familiares e considere os conhecimentos prévios dos familiares, levando o indivíduo a pensar e decidir em busca da adoção de melhores cuidados ao prematuro.

Ainda, no que se refere ao ensino, essa ferramenta poderá contribuir no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da criança, bem como de acadêmicos das diversas áreas da saúde facilitando a compreensão acerca dos cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio.

Em relação à pesquisa em enfermagem, esse instrumento serve de estímulo para o desenvolvimento de novas tecnologias educacionais interativas e dinâmicas voltadas para as diversas temáticas da área da saúde da criança. Ainda, como membro do Projeto CuidarTech: Laboratório de Tecnologias de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, esta pesquisa poderá ampliar o conhecimento na área das tecnologias educacionais e assistenciais, proporcionando autonomia e visibilidade ao cuidado prestado pela enfermagem.



## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

## 2.1 TEORIA DE ENFERMAGEM: MODELO DE ATIVIDADE DA VIDA

O referencial teórico do Modelo de atividade da vida de Roper, Logan e Tierney foi criado com a finalidade educacional, depois de uma revisão da literatura sobre o atendimento de pacientes em hospitais e em outras situações. Com base em dados coletados nas diferentes áreas clínicas, as autoras observaram a existência de atividades essenciais comuns da vida diária e, assim, formularam o modelo indutivamente (MCEWEN; WILLS, 2009).

Os cinco principais conceitos desse modelo estão inter-relacionados e compreendem: atividades da vida; duração da vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as atividades da vida; e a individualidade. O modelo tem como características ser acessível e relevante, de fácil compreensão e aplicabilidade à prática, além de individualizar os cuidados de enfermagem (ROPER; LOGAN; TIERNE, 2001).

O modelo tem sido utilizado em conjunto com o processo de enfermagem e a prática médica, auxiliando, assim, no planejamento da assistência de forma individualizada e contribui, também, para que a enfermagem realize a promoção da saúde e mudanças de estilos de vida, em vez de focar somente na doença (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

As doze atividades da vida são categorizadas como: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; cuidar da higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir e morrer. Esses constituem o viver do indivíduo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 1995; ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

No que diz respeito aos fatores que influenciam nas atividades da vida, podemos citar o biológico, psicológico, sociocultural, ambiental, político e o econômico. O biológico refere-se ao desempenho anatômico e fisiológico do corpo humano e, muitas vezes, isso pode estar relacionado à herança genética do indivíduo. O psicológico está relacionado a todos os outros quatro fatores citados acima, que influenciam a duração da vida, especialmente o desenvolvimento intelectual e

emocional; tem consequência no nível de independência e individualidade da pessoa e, além disso, no desempenho das atividades da vida.

A questão sociocultural envolve os aspectos espirituais, religiosos e éticos da vida e o ambiental considera tudo que é fisicamente externo ao indivíduo. O fator político-econômico está relacionado à submissão do cidadão às normas do Estado e, por isso, influencia nas atividades cotidianas da vida.

Tais fatores estão intimamente relacionados à duração da vida nas fases de desenvolvimento pré-natal, primeira infância, infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, resultando em um *continuum* de dependência/independência, visto que duas pessoas podem estar na mesma fase da vida e apresentar diferenças ao desempenhar algumas atividades. Devemos pensar que cada indivíduo/família possui peculiaridades, fato que demanda a individualização do cuidado (COSTA *et al.*, 2007).

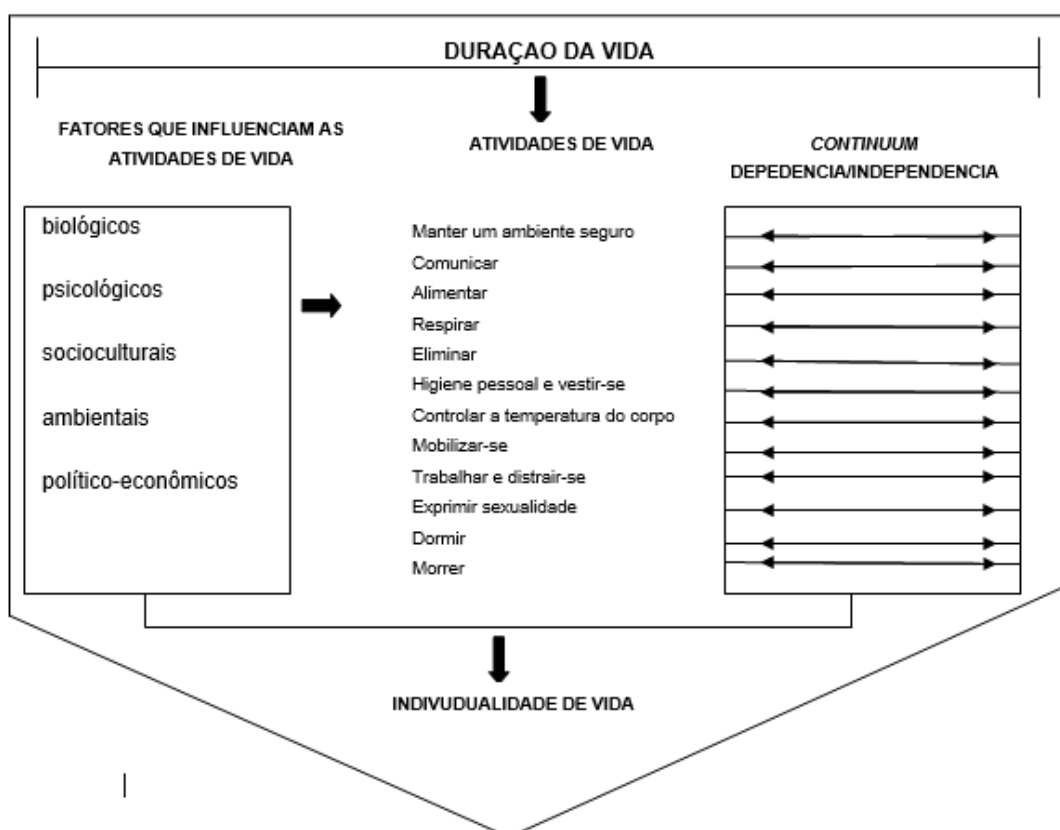
Destaca-se, a seguir, os pressupostos do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2000/2001):

- A maneira como as atividades da vida (doravante AV) são realizadas por cada indivíduo contribui para a individualidade da vida.
- O indivíduo é avaliado em todas as etapas de vida, desde a concepção até a velhice, sendo que a tendência deste é se tornar cada vez mais independente, à medida que amadurece, voltando a se fazer mais dependente na terceira idade, ou ainda em situações de morbidade.
- Embora a independência nas AV seja valorizada, a dependência não deve diminuir a dignidade do indivíduo.
- O conhecimento individual, atitudes e comportamentos relacionados com as atividades de vida são influenciados por fatores amplamente categorizados como biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos.
- Durante as etapas de vida, alguns acontecimentos vivenciados pela maioria dos indivíduos podem afetar significativamente a forma como desempenham as atividades de vida, levando-os a problemas reais ou potenciais.

- O conceito de problema potencial incorpora a promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença. Deste modo, o enfermeiro é membro atuante como promotor de saúde, mesmo em situações de doença; trabalhando com o auxílio do cliente/família, os quais, salvo sob condições especiais, serão capazes de tomar decisões.
- Os enfermeiros fazem parte de uma equipe de atenção à saúde que trabalha em conjunto para o benefício do cliente/paciente e para a saúde da comunidade.
- A função específica da Enfermagem é ajudar o indivíduo a evitar, aliviar, resolver ou ainda suportar os problemas reais ou potenciais no desempenho de suas atividades de vida.

A Figura 1 apresenta o modelo de vida segundo Roper, Logan e Tierney.

Figura 1: O modelo de vida.



Fonte: Roper, Logan e Tierney (2001).

Vale ressaltar a importância do enfermeiro em ajudar aos pais a evitar, aliviar, resolver ou ainda suportar os problemas reais ou potenciais no desempenho das atividades de vida dos recém-nascidos prematuros. Assim, o enfermeiro é um educador importante na etapa de preparo para alta hospitalar do prematuro, a qual deve ser iniciada na admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O profissional pode utilizar tecnologias educativas, para levantamento de questões, troca de conhecimentos e fortalecimento da segurança dos pais.

Tendo como base o referencial teórico de enfermagem do Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney (2001) apresenta-se uma revisão acerca dos cuidados domiciliares aos recém-nascidos prematuros.



### 3.1 CUIDADOS DOMICILIARES AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

A alta hospitalar do prematuro requer cuidados especiais devido sua maior fragilidade orgânica e emocional, exige, também, conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um atendimento específico durante sua internação e a continuidade dessa assistência em domicílio.

Sendo assim, esse planejamento de alta hospitalar deve envolver várias outras questões, como a estabilidade e o bem estar do recém-nascido, a capacidade da família de cuidá-lo, a existência de políticas públicas que deem suporte ao acompanhamento a esses bebês e os exponham menos ao risco de morbimortalidade, ter acesso aos serviços de suporte na comunidade, como acesso aos serviços de saúde (MORAIS *et al.*, 2009), com a continuidade da terceira etapa do método Canguru, que consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar no ambulatório e no domicílio. O Ministério da Saúde propõe a participação da atenção básica em conjunto com o hospital para a visita domiciliar realizada pelas as equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2013).

Observa-se que as estratégias utilizadas para garantir a continuidade do cuidado ainda são insuficientes, fato que é preocupante, pois esses recém-nascidos necessitam de acompanhamento especializado, principalmente nos primeiros anos de vida, seja pela prematuridade ou por agravo à saúde (MOREIRA *et al.*, 2010).

#### 3.1.1 Manter um ambiente seguro

O ambiente do recém-nascido é favorável ao seu desenvolvimento no útero materno, pois ele é envolvido em um líquido aquecido e é contido pela parede uterina, o que proporciona a sensação de conforto e segurança (PEREIRA *et al.*, 2013), ao contrário do ambiente extrauterino, onde há a presença da luminosidade, do ruído e da manipulação excessiva, o que ocasiona, principalmente nos recém-

nascidos pré-termos, uma série de efeitos adversos, os quais desencadeiam alterações no seu desenvolvimento (AUCOTT *et al.*, 2002).

Sabe-se que a prematuridade predispõe o neonato a dificuldades na adaptação à vida extrauterina, devido a sua imaturidade anátomo-fisiológica. Tendo em vista a elevada incidência de riscos aos quais estão expostos durante o processo de crescimento e desenvolvimento, pode-se afirmar que necessitam de uma atenção integral e humanizada, para poderem desfrutar de uma melhor qualidade de vida junto aos seus familiares (KLOCK; ERDMANN, 2012).

Entre os danos ocasionados pelo ruído ao recém-nascido, podemos citar: o estresse, a irritabilidade, a alteração do ritmo circadiano, as frequências cardíacas e respiratórias, a pressão arterial, a oxigenação, o peristaltismo e consumo de glicose, podendo, assim, retardar sua recuperação (OLIVEIRA; SENA, 2010).

Os efeitos do ruído que se manifestam a longo prazo são, por exemplo, dificuldades para ouvir, pensar, conversar, ler, escrever, soletrar ou calcular, afetando o desenvolvimento social, emocional, intelectual e linguístico da criança (PINHEIRO *et al.*, 2011). A redução do ruído e diminuição da luminosidade podem ser adotadas como medidas de controle da dor e como estratégias que contribuirão para o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo (SIMIONI; GEIB, 2008).

Após o nascimento da criança, alguns fatores do meio são capazes de comprometer a estrutura e função da pele. São eles: as mudanças na temperatura do ambiente, alterações no ressecamento e umidade da superfície da pele e o contato intermitente com a fricção das roupas, cobertores e fraldas (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Alguns ou dentre os relevantes para manter um ambiente seguro destacam-se: são evitar contato com pessoas resfriadas ou com gripe, limitar o número de visitas concomitantes, evitar lugares com aglomeração de pessoas, garantir boas condições sanitárias (água tratada, rede de esgoto), proporcionar um ambiente com pouca umidade, arejado e com entrada de sol. Evitar poeira em cortinas e bichos de pelúcia, limpando-os com frequência, também é importante. Vale ressaltar, que recomenda-se não deixá-los próximos ao bebê ou ao berço.



De acordo com a Academia Americana de Pediatria (2011), manter o RN em decúbito ventral para dormir é um dos fatores de risco de morte súbita do lactente e, por isso, deve ser evitado, pois esta posição gera modificações do controle do sistema cardiovascular autônomo infantil, mais evidente no segundo e no terceiro mês de vida e pode propiciar a diminuição da oxigenação cerebral.

Recomenda-se, também, colocar o recém-nascido para dormir em superfície firme, não realizar o compartilhamento da cama dos pais com o bebê e não manter objetos macios e roupas de cama soltas no berço, pois pode aumentar o risco da síndrome de morte súbita do lactente, já que a criança pode reinalar dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) e dificultar a respiração. Assim, a combinação da posição prona com o colchão macio aumenta em até vinte vezes o risco de possíveis incidentes (TÂMEGA, 2010).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2009) ressalta, também, algumas considerações de cuidados ao recém-nascido em domicílio, deixar os braços do neonato para fora da coberta, evitando, assim, que deslize, fique sufocado e, ainda enfatiza a importância do recém-nascido dormir em posição dorsal, pois, caso apresente episódio de vômito, a tendência é tossir e, com isso, chamar a atenção dos pais.

Também, o estudo observou aumento do risco de síndrome de morte súbita relacionada à exposição da criança a fumaça. Por exemplo, a nicotina contém efeitos teratogênicos para o sistema nervoso central do neonato, levando a alterações nas vias autonômicas, como a capacidade de despertar em resposta à hipóxia e a outros estímulos, principalmente durante a apneia transitória ou a obstrução das vias aéreas do recém-nascido, não ocorrendo liberação de catecolaminas para a redistribuição do fluxo sanguíneo para o cérebro e coração e para a manutenção da frequência cardíaca durante a hipóxia (LIEBRECHTS-AKKERMAN *et al.*, 2011; FERNANDES *et al.*, 2012; MENDES, 2012).

Portanto, não fumar, assim como evitar ruídos intensos e luminosidade diretamente sobre os olhos do recém-nascido, são outras formas de garantir qualidade de vida à criança (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Para identificação das dificuldades na prestação dos cuidados ao bebê e no levantamento dos problemas relacionados ao ambiente e às más condições da

residência, Santos *et al* (2014), em seu estudo, aponta os benefícios da visita domiciliária ao recém-nascido prematuro ou de baixo peso pela equipe de neonatologia.

Alguns pais sentem-se inseguros e impotentes, mesmo tendo sido preparados para alta hospitalar e demonstram dificuldades de cuidarem sozinhos do bebê. Há relatos de residentes e enfermeiros quando da visita ao domicílio, observaram diminuição do sentimento de desamparo, solidão e insegurança dos pais. Além disso, o visitador contribui, especialmente, antes da saída do bebê do hospital com a organização da casa para a chegada do novo membro e propõe melhorias dentro da realidade da família (SANTOS *et al.*, 2014).

Tal atendimento individualizado aborda questões específicas, de acordo com cada situação. A relação entre equipe de saúde e familiares requer diálogo e interação, que permitirão o conhecimento dos contextos econômicos, sociais e culturais, que ajudarão no planejamento das intervenções para uma melhor assistência ao neonato em domicílio (SANTOS *et al.*, 2014).

É recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2012) que o neonato seja colocado na cadeira de transporte, mais conhecida por bebê-conforto, cerca 90 a 120 minutos antes da alta hospitalar, com monitorização por 90 a 120 minutos, visando identificar possíveis episódios de desaturação, apneia e bradicardia. Pela Resolução N.º 277, de 28 de maio de 2008, a condução de menores de 10 anos deve ser realizada em cadeira específica. Assim, o bebê deve ser acomodado no banco traseiro do veículo.

### **3.1.2 Comunicação**

A comunicação não verbal é a primeira forma de comunicação dos recém-nascidos e é expressa através de parâmetros fisiológicos ou comportamentais ou por choro, portanto os profissionais de saúde e os familiares do neonato precisam estar atentos a esse tipo de comunicação (MELO *et al.*, 2013).

Estudo realizado por Pacheco *et al* (2013) identifica o choro como sinal de dor quando se apresenta de forma mais alta e disfônica, mais prolongado e intenso quando comparado por diferentes causas e pode ser manifestado por mudanças corporais, alteração da face, franzir da testa, e alterações emocionais, como irritação, inquietação, tristeza, nervosismo, impaciência, angústia, incômodo, desconforto e reclamação.

Algumas das medidas não farmacológicas citadas no estudo foram tocar o bebê, conversar e acalmá-lo, olhá-lo nos olhos, transmitir segurança, enrolá-lo em um cobertor, transmitir o calor materno através do contato próximo ao peito entretê-lo brincando e cantando.

A dor é responsável por ativar mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo, produzindo respostas que incluem alterações das frequências cardíacas e respiratórias, pressão arterial, saturação de oxigênio, vasoconstrição periférica, sudorese, dilatação das pupilas e aumento da liberação de catecolaminas e hormônios adrenocorticosteróides. Essas variações nem sempre estão relacionadas com estímulo doloroso, podendo ser eventos adversos como fome, choro, algum tipo de desconforto, ansiedade ou alterações causadas pela própria doença de base (SILVA, 2007).

O choro pode ocorrer devido a várias situações diferentes como, fome, especialmente se não mamou há mais de duas horas, inquietude, por não estar bem acomodado, por roupas molhadas ou apertadas, frio ou calor, além do incômodo pela posição no berço, nariz entupido que dificulte a respiração, excesso de estímulo, pois alguns prematuros são muito irritados, não toleram bem as atividades que o rodeiam, nem o contato com seus familiares. É importante assegurar que não esteja doente (febre, diarreia, hipotermia, diminuição acentuada da atividade, recusa alimentar ou vômito, etc.) (FONSECA; SCOCHI, 2012).

O manejo da dor neonatal deve incluir intervenções ambientais, comportamentais e a farmacológica (CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY, 2007). A inclusão da família nos cuidados poderá facilitar o estabelecimento de comunicação e fortalecimento do vínculo afetivo, pois a privação do carinho e afeto e o longo período de internação do recém-nascido aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar a continuidade de vínculo e apego (TRONCO, 2010).

Além disso, medidas como o toque, a fala, a contenção facilitada o enrolamento durante os procedimentos, possibilitam a redução do estresse do prematuro, contribuindo, assim, para o desenvolvimento neuromotor mais harmonioso (BALBINO *et al.*, 2012).

### **3.1.3 Higiene pessoal e vestuário**

Os recém-nascidos prematuros têm pele mais fina e gelatinosa, contendo pouca camada do estrato córneo. Consequentemente, a pele oferece menos proteção ou barreira às agressões externas, como toxinas e agentes que possam causar infecções (TAMEZ, 2013).

Essa imaturidade da pele do bebê pré-termo apresenta comprometimento, facilitando, portanto, a absorção de substâncias aplicadas no corpo, as quais permanecem na corrente sanguínea por período mais prolongado, devido ao estado precoce dos órgãos excretores, aumentando, assim, os riscos de toxicidade (MARTINS; TAPIA, 2009; ROLIM *et al.*, 2009).

A higiene corporal tem ação antimicrobiana e estética, promovendo conforto. Recomenda-se utilizar sabonetes neutros somente duas a três vezes na semana, a aplicação frequente do produto somente é recomendada após os dois meses de idade, quando a pele está mais resistente. Aconselha-se usar sabonete sem perfume ou corantes e evitar a utilização de sabonetes alcalinos, pois alteram o pH da pele, podendo destruir a camada ácida protetora da epiderme (TAMEZ, 2013).

Fonseca, Scochi (2012) ressalta alguns cuidados a serem tomados antes do banho do recém-nascido, como a higienização das mãos, preparo do material antecipadamente: toalha, sabonete, roupa, fralda e manta. É importante estar atento para a entrada de corrente de ar frio e verificar se a água não está quente demais, testando-a com os punhos.

Posteriormente, os pais ou cuidador devem sentar-se próximos à banheira e, com o bebê ainda vestido, higienizar suavemente a área dos olhos da criança, do canto interno para o externo, depois o restante do rosto e não usar sabonete. Recomenda-

se com a toalha, limpar as pregas da orelha e a parte posterior também. Com a ajuda do dedo médio e polegar da mão, indica-se ocluir os ouvidos do bebê e, com a outra mão, molhar a cabeça da criança, usando sabonete neutro. Enxaguar e secar a cabeça do bebê com toalha apropriada, sem friccionar a pele, é importante para evitar lesões.

Após retirar a roupa do bebê para o banho, caso tenha evacuado, é necessário limpar o períneo com uma fralda úmida ou algodão antes de colocá-lo na banheira. A partir daí, aconselha-se enrolá-lo em um lençol e imergi-lo delicadamente na banheira, segurando-o pelas costas. Dessa forma, a cabeça do RN ficará apoiada em um dos braços e, assim, estará livre o outro para banhar o bebê. O neonato, nesse momento, pode sentir-se inseguro e chorar, então, é interessante conversar com a criança durante o procedimento. Sugere-se secar as dobras do bebê cuidadosamente, visando evitar possíveis assaduras.

Em relação à troca de fralda, aconselha-se fazê-la com mais frequência, uma vez que a pele do bebê prematuro é muito mais fina e sensível, podendo ocasionar assadura e gerar incômodo e sofrimento a criança. Se for menino, é indicado retrair o prepúcio delicadamente para limpá-lo, evitando machucar a região (FONSECA, 2012).

Ao higienizar a genitália feminina, os pais ou cuidador devem abrir delicadamente os grandes lábios para retirar os resíduos de fezes e urina que se acumulam, e sempre limpar do sentido da frente para trás. Ainda de acordo com Fonseca (2012), é importante secar bem a região e ajustar a fralda de forma que não fique muito apertada, pois pode incomodar o bebê, e assim faz com que não favoreça a abdução exagerada do quadril.

Também é aconselhado na troca de fralda colocar o bebê em decúbito elevado (posição antirrefluxo), devendo ser rolado lateralmente de um lado para o outro, retirando-se a fralda e fazendo a higiene. Importante orientar os pais e cuidadores para não elevarem as pernas do recém-nascido, evitando assim aumentar a pressão abdominal, favorecendo o refluxo gastroesofágico (RGE) e a broncoaspiração (BRASIL, 2011).

Os pais e os familiares também devem ser informados da necessidade de higienizar a cavidade oral do recém-nascido antes mesmo do nascimento dos dentes. Aconselha-se a limpeza da gengiva, bochecha e língua com fralda ou gaze umedecida com água filtrada ou fervida, com a finalidade de criar hábitos de higienização (BRASIL, 2011).

Em relação as roupas, objetos e brinquedos recomenda-se que sejam lavados com água e sabão neutro e bem enxaguados, evitando-se o uso de produtos perfumados (BRASIL, 2011).

### **3.1.4 Controle de temperatura corporal**

Apesar dos prematuro possuírem o centro de regulação térmica para a manutenção da temperatura corporal, esse pode ser total ou parcialmente inativado por vários medicamentos e alterações patológicas. Ressaltam-se, ainda, outros fatores que dificultam o controle da estabilidade térmica, como, por exemplo, a superfície do corpo relativamente grande em relação ao peso, o menor isolamento térmico e a presença de pequena massa para produção, regulação e manutenção da temperatura (MARTINS, 2009)

Uma estratégia utilizada para amenizar a perda térmica é o posicionamento do recém-nascido, pois, além de desenvolver parâmetros fisiológicos e comportamentais, mantêm o tônus muscular mais adequado, possibilita padrões normais de movimento, reduz contraturas e deformidades e, por último, garante mais segurança e conforto. A redução da superfície corporal do recém-nascido e seu contato com objetos termicamente neutros, como tecidos de algodão, proporciona a diminuição da perda de calor por meio de contenção postural (ZACONETA, 2001).

Outro ponto a ser mencionado é a dificuldade do prematuro de controlar e manter a temperatura corpórea em condições extremas (muito baixas ou muito altas), que é causado pela incapacidade física de manterem a homeostase. Dessa forma, os cuidados relacionados ao controle e à manutenção da temperatura corporal do RN são essenciais para maior sobrevivência, pois essas crianças resfriam-se e se

superaquecem com facilidade, acompanhando as alterações do ambiente térmico (SCOCHI, 2002).

A hipertermia ocorre quando há uma temperatura axilar acima de 37,5°C, provocando vasodilatação periférica com esforço do organismo em dissipar o calor, causando aumento da taxa de metabolismo, requerimento de oxigênio e aumento da perda de líquidos. Esse quadro pode ocorrer devido à temperatura ambiental elevada, infecção, desidratação e alterações nos mecanismos centrais termorreguladores associados ao tocotraumatismo cerebral, malformações ou aos fármacos (TAMEZ, 2013; RIBEIRO, 2005).

A hipotermia, em contrapartida, acontece quando a temperatura axilar é inferior a 36,5° nos neonatos a termo e inferior a 36,3° nos prematuros. Quanto menor a temperatura, mais graves as consequências, provocando uma vasoconstricção periférica como resposta ao frio. Algumas das alterações observadas são extremidades e tórax frio, intolerância alimentar devido à diminuição da mobilidade gastrointestinal, aumento do resíduo, vômitos, distensão abdominal e dificuldade de sucção e letargia. Caso a hipotermia se prolongue, choro fraco, hipotonia, acidose metabólica, hipoglicemia, mudança da coloração da pele (pálida ou mosqueada), irritabilidade (consequência de hipoxemia), apneia e bradicardia (consequência da hipoxemia) (TAMEZ, 2013).

Os recém-nascidos prematuros têm desvantagens em relação ao RN a termo no que diz respeito à manutenção da temperatura corporal, já que possuem menor quantidade de tecido subcutâneo. Além disso, apresentam incapacidade de receber calorías suficientes para fornecer nutrientes à termogênese e ao crescimento (CLOHERTY *et al.*, 2015).

Sugere-se que o bebê prematuro seja sempre mantido bem aquecido, pois, a princípio, tem dificuldade de manter a temperatura. A melhor maneira de saber se o neonato está com frio é tocando a pele dele, observando se está fria, quente, marmórea, com manchas e extremidades com cianose. Essa última também pode ocorrer devido à dificuldade respiratória. Portanto, em caso de dúvida, aconselha-se verificar a condição térmica. Se estiver baixa, orienta-se colocar o bebê em postura canguru ou aquece-lo com um gorro e um casaco (FONSECA, SCOCHI, 2012).

Boundy *et al* (2016) fez uma comparação com o método convencional e o cuidado mãe canguru e observou a diminuição da mortalidade, principalmente entre os recém-nascidos de baixo peso (RNBP), aumento da probabilidade de amamentação exclusiva até os quatro meses de idade e menor risco de sepse neonatal, hipotermia, hipoglicemia e readmissão após alta hospitalar. Além disso, as crianças que recebem cuidados mãe canguru melhoram os sinais vitais e têm melhores escores para dor. Por outro lado os neonatos expostos à temperatura ambiente excessivamente alta ou ao hiperaquecimento provocado pelo uso de muitas roupas correm maior risco de SMSL (CLOHERTY *et al.*, 2015).

### **3.1.5 Mobilização**

O cuidado humanizado traz como estratégia o agrupamento de cuidados, que têm como objetivo promover o repouso do RN por meio da manipulação mínima, levando em consideração o agir em conjunto. Esse método favorece a diminuição do gasto energético e do estresse do recém-nascido (AXELIN, 2009).

Essa conduta de manipulação mínima também é utilizada para a promoção da estabilidade e da organização do RN, facilitando a conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento (AHN; JUN, 2007; AXELIN *et al.*, 2009; BADR *et al.*, 2010).

Apesar da recomendação da Academia Americana de Pediatria sobre a utilização da posição supina como medida para a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (XAVIER *et al.*, 2012), a mudança de decúbito é necessária para prevenção de lesão por pressão, uma vez que a pressão prolongada do peso corporal diminui a circulação total e, com isso, propicia a lesão epiderme, levando, muitas vezes, à necrose local (JAVORSKI, 2006).

Da mesma forma, aconselha-se que a mudança de decúbito não seja realizada de forma mecânica ou padronizada, mas sim observando as reais necessidades de cada recém-nascido. Portanto, é importante que o profissional da área de saúde



realize o cuidado individualizado ao neonato, utilizando um processo reflexivo e passível de modificações (XAVIER *et al.*, 2012).

Em uma revisão sobre deformidades cranianas, foi destacado que os prematuro possuem maior risco para desenvolver tais deformidades, pois permanecem com a cabeça numa mesma posição por longos períodos. O estudo cita, ainda, que a má-formação craniana pode ter consequências que vão além das questões estéticas, refletindo, também, em atrasos no desenvolvimento, déficits visuais, além de episódios recorrentes de otite média (ROGERS, 2011).

O posicionamento do prematuro no leito também interfere diretamente sobre o seu desenvolvimento neurocomportamental e motor, com respostas diretas sobre padrões de organização, posturas em linha média e movimentos finos (XAVIER *et al.*, 2012)

Quanto à utilização de artefatos para a manutenção de posturas, foi salientado que o “ninho” promove o autocontrole, a conservação da energia e diminuição dos estresses fisiológico e de comportamento e não apenas promove a adoção de posturas flexoras, como também facilita a realização de movimentos finos, em direção à linha média, elementos esses que contribuem para o desenvolvimento neurocomportamental do prematuro (FERRARI; SCOCHI, 2007; TOSOL, 2015).

É recomendado, de acordo com Tosol *et al* (2015), colocar o recém-nascido para dormir em posição supina pouco antes da alta hospitalar. Além disso, é enfatizada a importância de orientar aos pais sobre a melhor forma de posicionar o RN para dormir em casa, visando, assim, a prevenção da morte súbita do bebê.

### **3.1.6 Dormir**

O sono varia de acordo com a individualidade da criança e com a sua maturidade, assemelha-se a locomoção, que vai se modificando a medida que vai amadurecendo. Sendo assim, a criança tem que aprender a dormir da mesma forma que aprende a engatinhar, ficar de pé e andar (GAIVA, 2010).

Nos primeiros dias de vida dos recém-nascidos, eles costumam manter o ritmo ao qual estavam acostumados dentro do útero. Portanto, necessitam de alguns dias para se adaptarem ao ciclo circadiano. Sendo assim, é importante tranquilizar as mães sobre esse eventual hábito do bebê de trocar o dia pela noite (BRASIL, 2015).

Outro fato que pode alterar os padrões normais de sono e repouso do prematuro é sua exposição ao ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal, onde há procedimentos invasivos constantes, estímulos sonoros elevados, ruídos dos alarmes, luzes em excesso e interrupções contínuas do sono, durante o período de desenvolvimento cerebral (XAVIER *et al.*, 2012).

Segundo Darcy, Hancock, Ware (2008), “o ruído elevado causa efeitos psicobiológicos no recém-nascido, como alteração no ciclo do sono e vigília, mudanças imediatas nos sinais vitais, crescimento e desenvolvimento inadequado”.

Além disso, essa alteração do sono no recém-nascido pode levar à mudança da função imune, diminuição da resistência dos músculos inspiratórios, dificuldade no desmame da ventilação mecânica, uma possível associação com delírio e severa morbidade, dano na secreção de melatonina e no hormônio que regula o ritmo circadiano (MACREADY, 2010).

A privação do sono, em longo prazo, pode prejudicar a saúde da criança, comprometendo seu sistema imunológico e pode ocasionar diabetes, doenças cardiovasculares e gastrointestinais, perda crônica da memória; tendência a desenvolver obesidade, devido à leptina e a grelina, hormônios que estão envolvidos no controle da saciedade e fome, e ligados ao sono (AURÉLIO; TOCHETTO, 2010; SALGADO *et al.*, 2011).

No estudo feito por Huang *et al* (2014) foi observado que as crianças prematuras têm mais problemas de sono do que crianças nascidas a termo, incluindo maior risco de respiração anormal durante o sono.

### 3.1.7 Morrer

A prevalência de recém-nascidos prematuros é de aproximadamente 6,7% no Brasil e possuem no primeiro ano de vida risco cinco vezes maior de óbito do que crianças nascidas a termo, mesmo com ajustes para morbidade materna e fatores sociodemográficos. Sendo assim, a prematuridade precisa de intervenções efetivas para a redução da mortalidade, visto que exerce relevante papel nos óbitos infantis (BRASIL, 2011).

A equipe de saúde precisa ser sensibilizada da importância das orientações de cuidados básicos ao recém-nascido prematuro durante a alta hospitalar, evitando assim várias doenças respiratórias e infecciosas que proporcionam altos índices de mortalidade no primeiro ano de vida. Para isso é fundamental que o profissional da área da saúde tenha uma linguagem bem estruturada e documentada para que os pais adquiram segurança para cuidar do bebê em domicílio. Ainda, vale lembrar que esses bebês possuem maior probabilidade de doenças graves do que a criança a termo (FROTA *et al.*, 2013)

O sentimento de medo, ansiedade, preocupação e incerteza afetam o autoconceito e o funcionamento familiar, pois se mobilizam, muitas vezes inconscientemente, por sentirem-se ligados a uma criança que poderá morrer a qualquer momento (BORCK; SANTOS, 2012)

É preciso saber compreender o sentimento de revolta, culpa, e incapacidade dos pais por não encontrarem respostas para o nascimento do bebê prematuro. A perda do bebê imaginado implica na morte dos planos e sonhos que por hora foram interrompidos e jamais serão substituídos, mesmo que planejem e tenham outros filhos (SILVA; SALES, 2012).

### 3.1.8 Respirar

De acordo com Nunes; Abdala; Beghetto (2013), as afecções respiratórias são as principais causas de reinternação hospitalar até um ano de idade corrigida. Sendo assim, a prematuridade, por si só, pode ser um fator de risco independente de alteração pulmonar posterior.

Algumas das causas de bronquiolite e pneumonia em bebês prematuros, por exemplo, devem-se ao vírus sincicial respiratório, principalmente nos recém-nascidos com displasiabroncopulmonar (CLOHERTY *et al.*, 2015).

A vacinação, no entanto, constitui uma estratégia eficaz para prevenção de doenças infectocontagiosas, que são muito graves quando acometem crianças pequenas e prematuras (MORAIS; QUIRINO, ALMEIDA, 2009). Além disso, O aleitamento materno exclusivo (AME) protege o RN de internações por diarreia e diminui as infecções do trato respiratório, segundo Quigley; Kelly; Sacker (2007).

O prematuro pode fazer apneia, uma vez que possui uma respiração instável, ocasionado pela imaturidade do sistema respiratório. Esses episódios tendem a melhorar com a maturação. Desta forma, tal fenômeno é considerado como um transtorno do desenvolvimento, e não como um estado de doença (MATHEW, 2011).

### 3.1.9 Eliminar

Segundo Fonseca (2012) é importante orientar aos familiares do recém-nascido a necessidade de observar a coloração da urina do neonato e o número de micções durante o dia, se realiza mais de seis vezes (BRASIL, 2011).

Em relação a eliminação intestinal nos primeiros dias costumam ser escuras, ficando amareladas durante a primeira semana de vida. A evacuação também pode ser líqüida e, às vezes esverdeada. Não é considerado como diarreia se a criança estiver sem sintomas. Cabe ressaltar a necessidade dos pais reconhecerem o sinal

de alarme quando as fezes estiverem claras e quando a urina estiver escura (BRASIL, 2011).

### **3.1.10 Trabalhar e divertir-se**

Os pais dos recém-nascidos prematuros precisam de uma rede de apoio para cuidar do neonato em domicílio. Portanto, é fundamental que a equipe identifique, juntamente com os pais, com quem de fato eles poderão contar, seja com familiares ou outras pessoas que tenham afinidades (BRASIL, 2011). Esse apoio informal mostra-se um forte aliado a adaptação dos pais à nova realidade. Cabe ressaltar também a importância do seguimento dessas crianças no follow-up (FROTA *et al.*, 2013).

As consultas de seguimento, que consistem no acompanhamento frequente do bebê prematuro, devem acontecer da seguinte forma: na primeira semana, três consultas, na segunda semana duas consultas e da terceira semana em diante, uma consulta até atingir um peso mínimo de 2500g (BORCK; SANTOS, 2010).

Os enfermeiros (as) devem orientar aos pais acerca da importância desses serviços de apoio, pois servem de referência na continuação da assistência prestada e contribuem no crescimento e desenvolvimento saudável do prematuro (NIETSCHE *et al.*, 2012).

É recomendado observar a adaptação da criança ao ambiente familiar após a alta hospitalar; incentivar o vínculo família-criança, acompanhar o crescimento pondero-estatural e o desenvolvimento, com intuito de diagnosticar e tratar precocemente seus desvios, verificando as particularidades de cada caso. Além disso, é importante gerenciar a assistência de outros profissionais envolvidos no atendimento à criança e analisar dados do seguimento ambulatorial, procurando correlacionar como atendimento pré e pós-neonatal, com intuito de promover melhorias no serviço de saúde perinatal, assim como dar continuidade do cuidado após a alta hospitalar e melhorar a qualidade de vida dessas crianças e de seus familiares (CARDOSO *et al.*, 2004; MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

Uma forma de acompanhar e educar esse processo de desenvolvimento do bebê é fazer trabalhos de prevenção e promoção da saúde que possibilite momentos de estimulação da criança na comunidade e que a equipe de saúde aproveite esse momento para orientar os pais a como realiza-los em domicílio (VELEDA *et al.*, 2011).

### **3.1.11 Alimentação**

A amamentação é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança. Essa prática proporciona muitas vantagens como: contém nutrientes de fácil digestão e absorção, atende as necessidades do bebê e a idade gestacional do neonato, confere proteção às vias respiratórias e ao trato gastrintestinal contra doenças infecciosas, promove o ganho de peso adequado, está associado à redução do tempo de hospitalização, da sepse neonatal e da retinopatia da prematuridade. É livre de contaminação, promove proteção imunológica, estimula o vínculo afetivo entre mãe e filho e proporciona à mãe a proteção contra câncer de mama e ovário (BRASIL, 2009; PINEDA, 2010).

Considerando os benefícios citados acima a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda-se o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida e, após esse período, que seja complementado com outros alimentos até o segundo ano de vida da criança ou mais (WHO, 2010).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, no mundo nascem, por ano, 20 milhões de recém-nascidos prematuros e com baixo peso, dos quais um terço morre antes de completar um ano de idade, sendo que a cada dez neonatos com peso inferior a 1.000g nove não sobrevivem ao primeiro mês de vida. A amamentação tem papel importante na sobrevivência dessas crianças, uma vez que o leite das mães de prematuros apresenta diferença na composição do aporte proteico-energético e dos constituintes imunológicos, em relação ao produzido pelas mães de bebês nascidos a termo (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Observa-se que bebês prematuros e de baixo peso, amamentados no peito da mãe, apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento da sobrevivência, em relação àqueles alimentados com leite industrializado (CZECHOWSKI *et al.*, 2010).

O incentivo à amamentação deve ser iniciado por via gástrica. Aconselha-se oferecer atenção e apoio para a manutenção da lactação materna, com o início mais precoce possível do contato pele a pele entre mãe e filho e a sucção ao peito materno. Ainda, vale ressaltar a importância dos profissionais da área de saúde reconhecer as necessidades e dificuldades vivenciadas pela mãe na prática amamentação e propor intervenções (SOUZA *et al.*, 2009).

O uso da sucção não nutritiva para estimular a amamentação do RN pré-termo, pode ser realizada quando os bebês apresentarem dificuldade de sucção abrupta, o que ocorre muitas vezes por questões de maturação. Sendo assim, alguns neonatos precisaram de treinamento dos movimentos de sucção e da coordenação dessa função com a respiração e deglutição. Portanto esta técnica poderá contribuir para que os estímulos neurológicos e motores evoluam rapidamente, propiciando ao recém-nascido uma sucção mais eficiente (AULER; DELPINO, 2010; VENSON; FUJINGA; CZLUNIAK, 2010).

As mães dos recém-nascidos devem ser orientadas sobre a necessidade de estimular a lactação através da ordenha mamária, pois segundo a fisiologia da lactação, a produção de leite está relacionada à frequência de sua retirada, quanto maior a drenagem, maior o volume produzido. Assim, aconselham-se as mães que estão com seus filhos internados na UTIN e que ainda não iniciaram sucção em peito materno a realizar a ordenha mamária nos horários e na forma correta pelo menos seis vezes por dia. Importante conscientizar as mães que após a alta hospitalar também será necessário realizar tal procedimento para dispor de leite humano para ofertar ao bebê durante sua ausência do domicílio. As mães devem ser informadas que por mais desconfortável que seja a ordenha, há vários benefícios como: maior produção de leite e manutenção láctea posteriormente. Observado na segunda semana maior quantidade de leite materno produzido pela mãe do bebê TRONCO *et al.*, 2012; PAIVA *et al.*, 2013).

A prematuridade e a hospitalização do RN configuram-se como momentos de ansiedade e medo para as mães desses bebês, e isso poderá interferir na quantidade de leite produzido. Pois a lactação é um fenômeno fortemente influenciado pelas emoções das mães (PAIVA *et al.*, 2013).

O desmame precoce nesses casos decorre, muitas vezes, do período prolongado de internação, do estresse materno, da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o amamentação. Quando esses fatores se associam às condições fisiológicas e clínicas do recém-nascido prematuro, tendem a piorar. Algumas dessas condições são sucções ineficazes por não possuírem reflexos ou os terem incompletos e dificuldades de coordenar deglutição e respiração (SCOCHI *et al.*, 2010).

Outros fatores que podem estar relacionados ao desmame precoce são baixos níveis socioeconômico das famílias e educacional das mães, genitoras jovens, fumantes e parto cesáreo (SALDIVA *et al.*, 2011).

É recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o uso do copinho como método alternativo para a suplementação alimentar da criança e com isso promover e apoiar a prática social da amamentação exclusiva, pois evita o contato precoce do bebê com outros bicos que não o peito materno, diminuindo assim o desmame relacionado ao uso da mamadeira (MATALOUN *et al.*, 2004; SCOCHI *et al.*, 2010; PACHECO *et al.*, 2012).

Estudo realizado por López *et al* (2014) faz uma comparação do uso do copo em relação ao uso da mamadeira durante a primeira oferta de alimento por via oral, em recém-nascidos prematuros. Apresentaram melhor desempenho de deglutição com o uso da mamadeira em relação ao copo. Os achados sugerem que o primeiro comportamento é inato e que as crianças estavam preparadas para sugar no momento da avaliação, enquanto o uso do copo requer treinamento, o que é importante ressaltar a necessidade de treinamento da equipe e dos pais quanto à técnica adequada para o uso do copo para minimizar os riscos de broncoaspiração.

Portanto, cuidados com a posição do copo e o volume do leite é importante, tendo em vista a capacidade de sorver e de lambe do bebê (PACHECO *et al.*, 2012).

Muitas vezes as mães em domicílio optam por utilizar a mamadeira para saber exatamente o volume de leite ingerido, pois sentem inseguras em relação ao volume



de leite tomado e, da suficiência da mamada para a nutrição da criança (ROLIM *et al.*, 2008; SOUZA; TESIN; ALVES, 2010).

Outros dados que podem contribuir com a decisão citada acima são: a dificuldade da mãe em acordar o bebê para amamentar, a lentidão da criança na mamada, a falta de orientação a respeito da amamentação de pré-termo em domicílio durante a internação hospitalar, a falta de tempo e disponibilidade das mães que trabalham fora, bem como para aquelas que possuem gemelares e, ainda, falta de apoio e incentivo da sucção no peito materno por parte dos familiares e amigos, com o uso de mitos e tabus socialmente difundidos (BRASIL, 2009; SOUZA; TESIN; ALVES, 2010).

Assim, cabe à equipe de saúde orientar aos pais dos recém-nascidos prematuros que esses bebês são mais sonolentos e precisam ser acordados e estimulados nos horários das mamadas. Importante informar as mães como avaliar os mecanismos de coordenação entre a sucção, deglutição e respiração do recém-nascido, bem como o seu ritmo de sucção-pausa-respiração, evitando assim broncoaspiração (FONSECA; SCOCHI, 2012; PACHECO *et al.*, 2012).

No caso de engasgo proporcione a posição lateral da cabeça do bebê, ajudando-o a drenar o alimento para a boca, evitando que o alimento retorne para o pulmão.

É interessante a mãe do bebê estimular o reflexo de procura, que geralmente é mais lento no recém-nascido prematuro. Por isso pode ser útil fazer a estimulação com toques com o dedo indicador ou com o próprio mamilo na parte medial do lábio inferior ou canto dos lábios. Na pega adequada, a boca da criança deve estar suficientemente aberta, abocanhando a maior porção possível da aréola, com o lábio superior virado para cima e o inferior para fora. Na postura clássica, o neonato fica de frente para a mãe, abdome com abdome, com o queixo encostado na mama. O corpo deve estar seguro até, pelo menos, a região glútea (BRASIL, 2011).

Segundo Fonseca; Scochi (2012) uns dos indicativos para saber se o bebê está satisfeito e sendo alimentado adequadamente são: a cada uma ou duas sugadas à criança engole o leite (o ruído da deglutição pode ser ouvido), além disso, adormece ou larga o peito da mãe espontaneamente após a mamada.

No entanto a duração da mamada depende de cada bebê. Alguns mamam cerca de 20 minutos em cada peito, outros 10 minutos. A frequência dependerá de quantas vezes o neonato solicita o peito (livre demanda), variando de oito a doze vezes por dia (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Durante a alimentação do bebê prematuro é indicado à mãe promover pausas na alimentação para que o recém-nascido possa descansar e eructar. Caso o bebê pare de respirar, basta massagear as costas dele para retornar a respiração (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Santoro; Martinez (2007) ressalta que ações voltadas para orientações precoce e sistemática sobre aleitamento materno exclusivo durante a internação e após a alta hospitalar (seguimento ambulatorial) favorecem as taxas de amamentação em crianças nascidas prematuramente.

Estudo realizado por Azevedo; Cunha (2013) aponta como um fator de proteção para o início da amamentação exclusiva do prematuro em domicílio a não utilização da chupeta, assim, cabe aos profissionais da área da saúde conscientizar os pais Quanto à essa conduta.

Caso o recém-nascido receba alta hospitalar com prescrição de fármacos de uso contínuo, o enfermeiro deverá orientar e treinar os pais da criança quanto à dosagem correta, frequência, via de administração e forma de conservação do medicamento, assim como esclarecer aos familiares sobre a importância de cada remédio e sobre como reconhecer os potenciais sinais de toxicidade (SBP, 2012).

### **3.1.12 Expressar a sexualidade**

Há algumas formas de expressar a sexualidade como aconchegar e acariciar a criança, embora não sejam vistas como explicitamente sexuais nessa fase (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

### **3.1.13 Fatores que influenciam as atividades de vida**

Em relação as atividades cotidianas da vida mencionadas, cada indivíduo, no decorrer do seu ciclo vital, as realiza de diferentes formas, uma vez que sofrem influências dos fatores ambientais, psicológicos, biológicos, socioculturais e político-econômico, o que torna o indivíduo um ser único.

#### **a) Psicológicos**

Ao longo do tempo, a preocupação exclusiva com a sobrevivência do recém-nascido expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, orgânicos e fisiológicos, mas também a qualidade de vida desses bebês. Dessa forma, tem-se buscado um atendimento mais individualizado e direcionado para o desenvolvimento integral do recém-nascido e da família, para isso, os pais, em especial as mães, estão sendo inseridos no processo de cuidar, visando o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e o estabelecimento do vínculo e apego, além de adquirirem maior segurança para assistirem a criança em domicílio (COSTA, 2009).

O acolhimento desses pais na UTIN objetiva instituir uma relação humanizada da assistência, visando uma identificação de necessidades e uma busca de formação de vínculo (COSTA, 2012). É aconselhado que a equipe de saúde considere o momento vivido pelos familiares, ajudando-os a superarem as dificuldades e oferecendo-lhes suporte, de modo a facilitar a continuidade do cuidado ao bebê após a alta hospitalar (PACHECO *et al.*, 2013).

Costa (2005) informa que devemos aproveitar o momento da visita para oportunizar o toque dos pais no recém-nascido e sempre que possível oferecer a mãe para realizar o cuidado em seu filho, buscando, assim, amenizar o sentimento de incompetência e, além disso, ajudar na superação do medo em manusear o bebê. Por fim, é recomendado elogiar os progressos dos pais e mostrar o valor da presença deles juntos ao filho.

## **b) Sociocultural**

O apoio social durante a transferência do prematuro para o domicílio é de extrema importância, pois corresponde a uma fase crítica. Cabe aos profissionais de saúde compreender as necessidades específicas de cada situação e, assim, planejar intervenções que facilitem o processo de alta hospitalar (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

É fundamental que os profissionais de saúde considerem os pais a partir de algumas necessidades, como crenças e valores específicos de seu panorama sociocultural. Além disso, os profissionais devem reconhecer as características biológicas da criança, as condições de vida das famílias, a rede de atenção à saúde, a rede social de cada família, de modo sistematizado visando facilitar o processo de transição para o domicílio (SCHERF; REID, 2006).

O cuidado centrado na família é uma abordagem com contribuições para o bem-estar parental e familiar, para o empoderamento das famílias e estabelecimento de confiança e competência no cuidado à criança. Esse modelo tem como aspecto estruturante o estabelecimento de relações de confiança, em que a comunicação é essencial. O acesso contínuo, honesto e claro às informações é premissa a ser respeitada e favorece aos pais a compreensão da situação com encorajamento para a realização de perguntas. Todos esses pontos citados acima favorecem a participação da família no cuidado (CLEVELAND, 2008).

O diálogo e a interação do profissional enfermeiro com a família do prematuro possibilita conhecer o contexto social, cultural e econômico, além de capacitar e estimular os familiares para a realização dos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar (VIEIRA, 2009).

Segundo Frota *et al* (2013), o apoio social, principalmente quando proporcionado pelos familiares, mostra-se forte aliado para adaptação dos pais à nova realidade. Há vários relatos das mães do bebê sobre a contribuição que esse apoio representa para o restabelecimento da dinâmica familiar e para a construção da autoconfiança materna durante a assistência do recém-nascido em domicílio. Além disso, ajuda no suporte emocional para a puérpera.

Eyken e Ribeiro (2012) postulam, em suas pesquisas, que o tempo de estudo dos pais podem estar relacionado às habilidades cognitivas que são usadas para estimular os bebês, e esse fator pode levar a situação de vulnerabilidade para as crianças na primeira infância.

A falta de rede de fornecimento de água tratada e rede de esgoto também podem ocasionar fragilidades na saúde das famílias que se encontram nessa situação, uma vez que as conduzem à péssimas condições de limpeza ao ambiente doméstico, com maior probabilidade de proliferação de insetos e roedores que atuam como vetores de doenças infecto parasitárias, gerando episódios prejudiciais à saúde e de risco ao desenvolvimento infantil (EYKEN; RIBEIRO, 2012).

O principal motivo que prejudica o acompanhamento desses recém-nascidos é a falta de transporte público devido a dificuldades financeiras. No Brasil, o acesso aos serviços de saúde está fortemente vinculado a problemas econômicos e geográficos, sendo que esse último, não significa somente dificuldades geográficas naturais, como as distâncias entre o domicílio e o local onde serviços de saúde são disponibilizados, mas, também, a oferta de transportes públicos, o custo e o tempo de viagem (FROTA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2013).

A religião é outro tópico que influencia nos cuidados e no desenvolvimento das crianças, pois a crença, não raro, direciona o cuidado popular no hábito de vida, na alimentação e no processo saúde doença da criança. Além desses fatores, a religião interfere no modo das pessoas verem o mundo, de viver emocionalmente, e ajuda no empoderamento das mães para criar e estimular o desenvolvimento saudável dos filhos (BOEHS *et al.*, 2010; BOUSSO *et al.*, 2010).

Por fim, é válido ressaltar que a rede social é fundamental no fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos e na recuperação da saúde. O suporte da rede de apoio é de extrema importância no enfrentamento de crises dos pais no cuidado ao bebê prematuro (VIEIRA *et al.*, 2010).

### **c) Políticos e econômicos**

Em decorrência dos avanços científicos e tecnológicos houve um aumento significativo da taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termos e de baixo-

peso, resultando em uma mudança no perfil de mortalidade infantil e aliado a isso trouxe algumas complicações como maior tempo de internação, com separação precoce e prolongada da mãe-filho-família, menor incidência e prevalência da amamentação, maior exposição do neonato a complicações que cursam com graves sequelas e maior demanda da atenção especial e de alto custo (COSTA, 2005).

Cabe ao enfermeiro durante o planejamento e preparo da família para alta hospitalar, orientar a importância do acompanhamento desse grupo de crianças e dessas famílias nos ambulatórios de seguimento e na Estratégia de Saúde da Família. A continuidade da atenção nos serviços de saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças é fundamental para garantir sua qualidade de vida. Esse acompanhamento deve possibilitar, além da prevenção, detecção precoce, promoção e tratamento de seus problemas de saúde (TAVARES *et al.*, 2014).

A situação econômica determina, entre outras coisas, o poder de compra de alimentos, de vestuário e medicamentos para as crianças. Esses aspectos impactam diretamente na qualidade de vida infantil e dos familiares dessas crianças (UNICEF, 2011).

#### **d) Ambiental**

Em relação ao ambiente há crianças que são expostas a insalubridade, pois habitam em favelas onde as casas são unidas umas às outras. Isso impossibilita a ventilação adequada e penetração da luz solar, que são fatores de riscos para agravos de doenças respiratórias (SILVA; SALES, 2012).

As famílias são numerosas e convivem em espaços habitacionais reduzidos, e devido a isso as crianças dormem juntas com os pais na cama. Ainda, o despejo do esgoto doméstico inadequado amplia os riscos de exposições a doenças infectocontagiosas (BOEHS *et al.*, 2010).



#### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo metodológico com o objetivo de elaborar e validar uma tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro, tendo como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Atividades de Vida, de Roper, Logan e Tierney (2001).

O estudo metodológico refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, considerando a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa com o objetivo de elaborar um instrumento confiável, preciso e utilizável (POLIT; HUNGLER, 2011). Este estudo foi desenvolvido em três etapas.

#### 4.2 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO

##### **4.2.1 Primeira etapa: Identificação dos cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro**

Com o objetivo de identificar os cuidados necessários ao recém-nascido prematuro em domicílio foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a seguinte questão norteadora:

1. Quais são as orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro na alta hospitalar?

Essa revisão utilizou como critérios de inclusão: artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que tratassem da temática cuidados a recém-nascidos



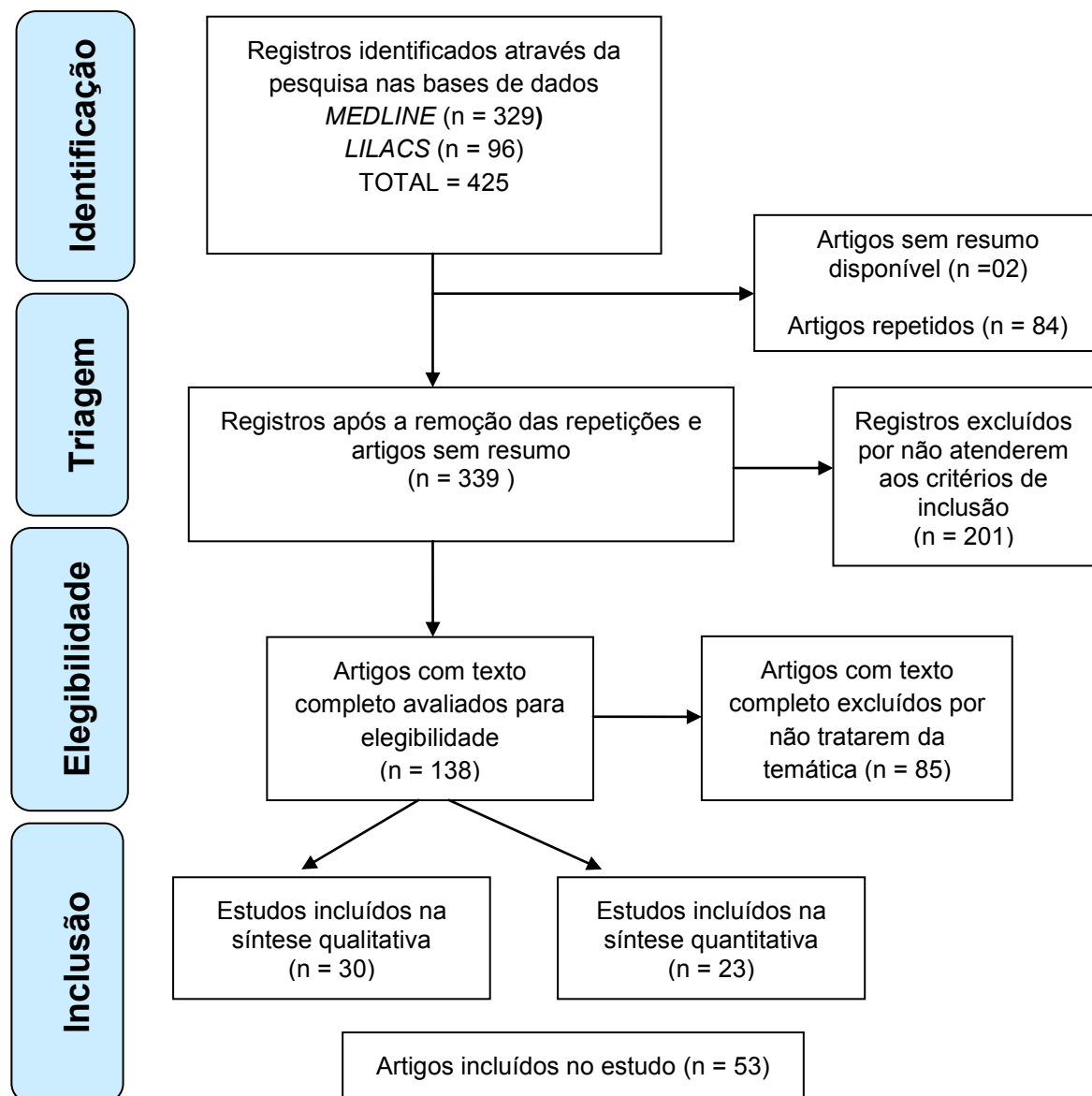
prematturos na alta hospitalar. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão e artigos sem resumo disponível.

Foram considerados os estudos no período de cinco anos devido a necessidade de buscar e utilizar artigos que revelem a atualidade dos conhecimentos produzidos acerca da temática.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por dois pesquisadores. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, após discussões, buscou-se o consenso. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 96 artigos na *LILACS* e 329 na *MEDLINE*. Do total de 425 artigos foram excluídos 02 por estarem sem o resumo disponível, assim, 423 artigos foram selecionados para leitura dos resumos. Na leitura dos 423 resumos foram excluídos 84 artigos por serem repetidos, restando 339 artigos. Destes, 201 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 138 artigos elegíveis para a leitura na íntegra. Após a leitura dos artigos completos foram excluídos 85 que não tratavam da temática cuidados a recém-nascidos prematturos na alta hospitalar, sendo incluído no estudo 30 artigos na síntese qualitativa e 23 artigos na síntese quantitativa, totalizando 53 artigos (Figura 2). Após a leitura desses artigos feito levantamento das orientações de cuidados ao recém-nascido prematturo mais frequente que são fornecidos aos familiares, e após organizados dentro das doze atividades cotidianas da vida. Importante relatar que esses artigos citam os cuidados, porém não explicam como devem ser realizados pelos familiares. Portanto para a construção do roteiro da animação gráfica foi utilizado consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia e não esses artigos da revisão da literatura.

Figura 2: Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa. Vitória, ES. 2016.



#### 4.2.2 Segunda etapa: Elaboração de uma tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro

A abordagem geral para a construção de sequências de animação gráfica é baseada em 4 fases: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave (HEARN; BAKER, 2004).

As duas primeiras fases correspondem ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva, como será detalhado a seguir.

O *storyboard* é um delineamento da ação, definindo uma sequência de eventos para a animação, construído a partir de esboços, descrições básicas dos movimentos ou lista resumida de ideias para aquela ação, sendo então, uma espécie de roteiro visual, baseado no roteiro textual (WHITEHEAD, 2004). A versão animada dos *storyboards*, denominadas *animatics*, parte dos mesmos esboços estáticos para prever e explorar aspectos qualitativos da estrutura da narrativa (ritmo, enquadramento, efeitos especiais, sons) antes da produção da animação final (HART, 2008).

Para a elaboração do roteiro textual utilizou-se os 53 artigos selecionados na revisão de literatura que foram lidos exaustivamente, de modo a explorar profundamente o texto, destacando os segmentos que tratavam dos cuidados necessários ao recém-nascido prematuro. Os dados desta primeira análise foram organizados em planilhas, agrupando as informações, de acordo com os cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio.

Após a identificação dos cuidados utilizou-se o referencial teórico de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001) que é baseado nas doze atividades cotidianas da vida, com o objetivo de organizar os cuidados domiciliares dentro das respectivas atividades. Assim, os trechos extraídos dos artigos com os cuidados domiciliares ao bebê prematuro foram categorizados nas atividades cotidianas da vida.

Depois dessa planificação e organização de dados, foi elaborado o roteiro textual para a animação gráfica. Para a construção desse roteiro também realizou-se consulta a livros, textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. O roteiro textual foi adequado e corrigido por uma professora doutora do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo. E a tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do laboratório LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo.

Para a produção das animações resultantes desta dissertação, foram produzidos três *storyboards*. O primeiro *storyboard* tratou das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo retratou as atividades: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro das atividades da vida: eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Essas atividades foram organizadas de forma que dessem um sentido ao roteiro, atentando a quantidade de temas que seriam abordados em cada atividade cotidiana da vida, uma vez que a animação gráfica muito longa desprende a atenção do receptor. Utilizou-se os programas Adobe Illustrator e Adobe Photoshop, e os respectivos *animatics*, e o programa Adobe After Effects.

A definição dos objetos consistiram na especificação dos participantes da ação, inclusive personagens, objetos de cena e cenários, nos termos de suas formas, cores e movimentos que irão desempenhar. Os objetos definidos para a animação que foram produzidos no âmbito desta dissertação consistiram na família de personagens, cenários e objetos de cena, criados nos programas Adobe Illustrator e Adobe Photoshop. Os personagens principais dessa animação: os pais - Ana e Zeca; a bebê prematura - Nina; a Tia-avó Tetê; o irmão de Nina - Rafael; e a enfermeira - Flora. Os cenários foram o domicílio e a comunidade na qual a família residia.

O quadro-chave é o desenho detalhado da cena a cada segundo da sequência de animação, com todos os participantes dos eventos devidamente posicionados. Partindo do *storyboard* e *animatic*, os objetos previamente definidos são combinados e animados no programa Adobe After Effects. Tais animações dos quadros-chave empregarão variações temporais (dinâmica de movimento), de forma, cor, transparência, estrutura e textura dos objetos (dinâmica de atualização), e mudanças na iluminação, posição da câmera, de orientação, de foco e alterações nas técnicas de representação utilizadas (VAN DAM, 1997).

O programa Adobe After Effects, que será utilizado ao longo de todo o processo de especificação dos quadros-chave, apresenta ferramentas e recursos que facilitam aplicar os princípios esticar e comprimir, temporização, antecipação, encenação, ação direta e pose a pose, ação consequente e sobreposição da ação, desaceleração e aceleração, arcos, exagero, ação secundária e apelo para dar

visualidade à narrativa proposta, além de permitir a adição de efeitos especiais, sons, trilha sonora e vozes dos diálogos.

A geração de quadros entre os quadros-chave é responsável pela definição dos quadros intermediários da sequência de animação, variando entre três e cinco para cada quadro-chave, de acordo com a velocidade da atualização da imagem na mídia escolhida. No contexto do presente projeto, as animações digitais criadas em computador requerem 30 (trinta) quadros para cada segundo de animação.

Considerando a sugestão de Hearn e Baker (2004, p.736) de se gerar “de três a cinco quadros intermediários para cada par de quadros-chave”, serão necessários cerca de 90 quadros para cada segundo de animação a ser produzido. O programa Adobe After Effects oferece ferramentas de apoio à criação dos quadros-chave intermediários, seja por interpolação (geração automática), seja por duplicação e ajuste manual.

#### **4.2.3 Terceira etapa: Validação do conteúdo da tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro**

Segundo Potter e Perry (2013) validação é o ato de confirmar, verificar ou corroborar a precisão de dados de avaliação ou a adequação do plano de cuidados.

Para a validação da tecnologia de animação gráfica foi realizado a avaliação de conteúdo e aparência por juízes, que foram selecionados no Hospital Cassiano Antônio de Moraes, incluindo profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social). Para a seleção dos juízes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social) do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com experiência clínica, mínimo de 2 anos, na área de neonatologia ou com curso de especialização, residência, mestrado ou doutorado com ênfase em neonatologia.

Ainda não há consenso na literatura científica a respeito da definição do especialista, destacando-se a relevância da experiência clínica e do conhecimento teórico do profissional que irá realizar o julgamento (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Para o cálculo do número de juízes a comporem a amostra, utilizou-se o nível de confiança de 95%, erro amostral de 15% e obteve-se uma amostra de 22 especialistas (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

Após a seleção dos juízes com base nos critérios mencionados, foi enviado via e-mail ou entregue pessoalmente uma carta-convite (Apêndice A) que trazia informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se daria a participação. Após aceitarem a participar do estudo, foi agendando um encontro para realização da validação. Nessa reunião foram explicados todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). A duração do encontro presencial foi, no máximo, duas horas, a fim de evitar o cansaço. É importante ressaltar que a pesquisadora foi a mediadora do grupo.

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para caracterização dos juízes e o segundo para avaliação do conteúdo e aparência da animação gráfica. O instrumento que abordava o perfil dos juízes trazia as seguintes características: sexo; idade; titulação máxima (pós-graduação, mestre, doutor); ocupação atual; tempo de graduação; tempo de prática clínica; e setor de atuação profissional (Apêndice C).

O segundo instrumento para avaliação do conteúdo foi organizado a partir do formulário de Rodrigues Junior (2014) com adaptações conforme Comparato (2009). O roteiro de Comparato (2009) é utilizado para avaliação de vídeos em concursos e está disponibilizado para uso livre.

O instrumento para avaliação do conteúdo e aparência constituiu-se de 9 itens:

1. Conceito da ideia (empoderar pais e familiares sobre os cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro). Conteúdo temático relevante e atual? Conteúdo coerente com objetivo da animação? Objetivo da animação coerente com a realidade da prática de enfermagem? As premissas expostas estão corretas?; As informações são compreensivas? As informações são

suficientes? Adequado para ser usado por profissional de saúde? Propõe ao público alvo mudança de comportamento?

2. Construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final). Ponto de partida do roteiro tem impacto? A apresentação do roteiro é agradável? Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?
3. Ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena). Cada cena motiva a próxima?; As cenas refletem estereótipos ou discriminação? O ritmo é cansativo?
4. Personagens (motivação, credibilidade, interação). Existe empatia com as personagens? A apresentação das personagens é adequada? Os personagens refletem estereótipos ou discriminação?
5. Potencial dramático. Existe emoção? Existem surpresas?
6. Diálogos (tempo dramático). Os diálogos têm naturalidade? As personagens têm vocabulário adequado? Há conclusão nos diálogos?
7. Estilo visual (estética). As cenas refletem aspectos importantes da temática em estudo?
8. Público alvo (pais e familiares de recém-nascidos prematuros). O conteúdo tem relação direta com o público? Existe identificação do público alvo com a problemática exposta? A linguagem está compatível com o nível de conhecimento do público alvo?
9. Relevância (refere-se as características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens, diálogos e cenas) apresentados na animação gráfica. O roteiro da animação ilustra aspectos importantes da temática em estudo? As cenas são relevantes para que os pais e familiares possam conhecer os cuidados domiciliares com os recém-nascidos prematuros? O roteiro traz um resumo ou revisão?

No instrumento voltado para a validação do conteúdo da animação gráfica, os juízes emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em SIM ou NÃO no formulário e em uma escala contendo “excelente, ótimo, bom e regular” ao

final de cada item avaliado. Nos casos de discordância, o especialista preencheu um espaço destinado às observações e sugestões de modificações. A partir das respostas dos juízes foi possível analisar quantitativamente o grau de concordância, foram considerados validados os itens que obtiveram uma concordância acima de 80%, os itens que tiveram médias inferiores ao esperado foram modificados.

#### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº1.794.528. Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) (ANEXO 1).





Os resultados foram apresentados conforme preconiza as Normas de Dissertação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Mestrado Profissional, assim, os resultados foram organizados em duas partes, a saber: produção técnica e produção de artigos.

Os artigos permanecem nas normas da ABNT, tendo em vista que as autoras ainda estão definindo para quais revistas serão encaminhados os manuscritos. E os mesmos só poderão ser encaminhados após a confirmação dos direitos autorais.

Produção Técnica intitulada: ANIMAÇÕES GRÁFICAS EDUCATIVAS SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES COM O PREMATURO;

Artigo 1 – RECEPÇÃO DO PREMATURO NO DOMICÍLIO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA

Artigo 2 – ANIMAÇÃO GRÁFICA EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES COM ALIMENTAÇÃO E RESPIRAÇÃO DO PREMATURO

Artigo 3 - ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE DESENHO ANIMADO EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS COM ELIMINAÇÃO, HIGIENE E TEMPERATURA DO PREMATURO

## **5.1 PRODUÇÃO TÉCNICA**

**a) Título:** ANIMAÇÕES GRÁFICAS EDUCATIVAS SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES COM O PREMATURO

**b) Equipe Técnica**

A equipe que desenvolveu as animações gráficas foi composta por:

Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestranda Thais da Rocha Cicero Pinto com a revisão da literatura, confecção do roteiro da animação gráfica e validação da tecnologia educativa com os especialistas na área de neonatologia sob

orientação da professora Dr<sup>a</sup> Candida Caniçali Primo e coorientadora professora Dr<sup>a</sup> Denise Silveira de Castro.

A tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do laboratório LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo, que é coordenado pelo professor Dr. Hugo Cristo Sant'Anna.

Grupo Releitores – participou fazendo adequações e correções no roteiro textual junto com a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Janayna Casotti do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo.

### **c) Introdução**

A prematuridade é a principal causa de internações em unidades neonatais e a alta do bebê é um evento potencialmente estressante para os pais, pois é marcada por expectativas e incertezas. Sabe-se que as tecnologias educativas colaboram no processo de ensino-aprendizado dos pais, orientando sobre o modo mais adequado de prestar cuidados e responder às necessidades da criança, diminuindo o estresse, evitando readmissões e buscando recursos disponíveis na comunidade após a alta hospitalar. Para a elaboração da animação gráfica sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro utilizou-se do “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney para organização dos cuidados.

**d) Descrição do produto:** descrever as etapas de elaboração do produto, tendo como base a sua fundamentação científica.

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas: identificação dos cuidados domiciliares ao prematuro; construção da animação gráfica e validação da tecnologia educativa.

Na primeira etapa para a identificação dos cuidados foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a seguinte questão norteadora: Quais são as orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro na alta hospitalar?

Essa revisão utilizou como critérios de inclusão: artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que tratassem da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por dois pesquisadores. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, após discussões, buscou-se o consenso. Os artigos incluídos que não estavam disponíveis, inicialmente, foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 96 artigos na *LILACS* e 329 na *MEDLINE*. Do total de 425 artigos foram excluídos 02 sem o resumo disponível. Dos 423 resumos foram excluídos 84 artigos repetidos e 201 por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 138 artigos elegíveis. Após a leitura dos artigos completos foram excluídos 85 que não tratavam da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar, sendo incluído no estudo 30 artigos qualitativos e 23 quantitativos, totalizando 53 artigos. Esses artigos foram lidos exaustivamente, de modo a destacar os cuidados ao recém-nascido prematuro. Os dados foram organizados em planilhas, categorizando os cuidados de acordo com as atividades cotidianas da vida de Roper, Logan e Tierney (2001).

Em relação a primeira etapa foram selecionados 53 artigos na revisão de literatura, dezessete foram publicados em 2013, doze em 2015, onze em 2012, dez em 2014 e três em 2011. As revistas que veicularam mais artigos sobre orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio foram a Revista Brasileira de

Enfermagem (REBEN) com cinco artigos e a Revista de Enfermagem da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro) com quatro artigos. Quanto ao tipo de estudo, 30 apresentaram abordagem qualitativa e 23 artigos abordagem quantitativo. Foram encontrados 35 artigos na base de dados Lilacs, e 18 pesquisas no MEDLINE; perfazendo uma amostra total de 53 artigos. Destes 60,37% são apresentados no idioma português; 35,84% em inglês e 3,77% em espanhol. A descrição dos estudos selecionados é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorização dos estudos acerca dos cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio segundo autor, ano, tipo de cuidados e atividade da vida. Vitória, ES. 2016.

AUTOR	ANO	CUIDADOS	ATIVIDADE DA VIDA
TRONCO <i>et al.</i>	2015	Manutenção da lactação.	Alimentar.
WESTRUP <i>et al.</i>	2015	Postura Canguru /vínculo.	Alimentar, Mobilizar-se, controle da temperatura corporal.
CRUZ <i>et al.</i>	2015	Dor/medidas não farmacológicas.	Comunicar.
MARTINEZ <i>et al.</i>	2015	Postura Canguru /vínculo, sono, amamentação, ordenha, conservação do leite materno, estresse, observar cianose.	Alimentar, dormir, respirar, mobilizar-se, comunicar.
OLIVEIRA <i>et al.</i>	2015	Dormir, postura canguru, amamentação.	Dormir, controle da temperatura corporal, alimentar.
ORSI <i>et al.</i>	2015	Sono, iluminação, ruído.	Dormir, manter ambiente seguro.
UEMA, R. T. B.	2015	Amamentação.	Alimentar.
NAZÁRIO <i>et al.</i>	2015	Ruídos.	Manter um ambiente seguro.
BAROSSO <i>et al.</i>	2015	Vínculo, apego, participação nos cuidados com a equipe multiprofissional.	Trabalhar e divertir-se.
PEREIRA <i>et al.</i>	2015	Amamentação, medo da morte	Alimentar, morrer.
ARAÚJO <i>et al.</i>	2015	Higiene, troca de fralda, vacinas, prevenção de infecções respiratórias, medicações, sono, repouso, intercorrências comuns, banho, prevenção de perda de calor e superaquecimento.	Higiene pessoal e vestuário, Respirar, alimentar, trabalhar e divertir-se, controlar a temperatura corporal, dormir.
YOUNG <i>et al.</i>	2014	Cuidados com a pele.	Higiene pessoal e vestuário.
PENG <i>et al.</i>	2014	Ruídos	Manter um ambiente seguro.
BAPTISTA <i>et al.</i>	2014	Amamentação.	Alimentar.
SIEBEL <i>et al.</i>	2014	Amamentação, estresse da mãe	Alimentar.
ZHANG <i>et al.</i>	2014	Método canguru e desenvolvimento e posicionamento.	Mobilizar.

AMARAL <i>et al</i>	2014	Dor. Característica para identificação, procedimentos não farmacológicos (enrolamento, sucção não nutritiva).	Comunicar.
HERRINGTON <i>et al.</i>	2014	Toque.	Comunicar.
JHOHNSTON <i>et al.</i>	2014	Contato pele a pele para amenizar a dor.	Comunicar.
SANTOS <i>et al.</i>	2013	Medo da morte, banho, postura canguru, posicionamento.	Morrer, controle da temperatura, movimentar-se.
SCHMIDT <i>et al.</i>	2013	Cuidados de higiene e conforto, postura canguru para melhora do sono, toque, cuidados caso engasgo, amamentação, uso do copinho ao invés da mamadeira e chupeta.	Higiene pessoal e vestuário, movimentar-se, dormir, comunicar, respirar, alimentar.
MARTINEZ <i>et al.</i>	2013	Medo da morte.	Morrer.
ANTUNES <i>et al.</i>	2013	Sucção não-nutritiva.	Comunicar.
RIBEIRO <i>et al.</i>	2013	Leite materno para alívio da dor.	Comunicar.
BARRETO, M. S.	2013	Acompanhamento pela equipe de saúde.	Trabalhar e divertir-se.
WALKER, L. J.	2013	Leitura de livros.	Trabalhar e divertir-se.
VISSCHER <i>et al</i>	2013	Cuidados com a pele, fezes.	Higiene pessoal e vestuário, eliminar.
PACHECO <i>et al</i>	2013	Percepção do choro, movimentos corporais, alterações de face e emocionais, dor.	Comunicar.
RODRIGUES, A. P.	2013	Amamentação, ordenha mamária, método canguru, musicoterapia, uso do copo para oferecer o leite materno.	Alimentar.
AZEVEDO <i>et al</i>	2013	Não usar chupeta antes do aleitamento materno exclusivo.	Alimentar.
LAWN <i>et al.</i>	2013	Amamentação, cuidados térmicos, higiene e cuidados com a pele, postura canguru.	Alimentar, controle da temperatura corporal, higiene pessoal e vestuário, mobilizar.
McMULLEN, S. L.	2013	Posição para dormir (decúbito dorsal) para evitar SMSL.	Dormir.
MELO <i>et al.</i>	2013	Amamentação exclusiva, posicionamento adequado ao seio, estimulação mamilar, e expressão mamária, uso do copo /mamadeira	Alimentar.
XAVIER <i>et al.</i>	2012	Posicionamento, função respiratória, queda episódios refluxo e tempo esvaziamento gástrico, padrão circulatório cerebral e desenvolvimento neurocomportamental.	Mobilizar, respirar.
BALBINO <i>et al.</i>	2012	Identificação dos comportamentos apresentados frente a procedimentos dolorosos e manejo (contenção, enrolamento, toque, sucção não-nutritiva, contato pele a pele), troca de fralda.	Comunicar, mobilizar, higiene pessoal e vestuário.

SKENE <i>et al.</i>	2012	Conforto do recém-nascido.	Comunicar.
CHO <i>et al.</i>	2012	Acompanhamento ambulatorial.	Trabalhar e divertir-se.
MORAIS <i>et al.</i>	2012	Seguimento ambulatorial, método mãe canguru, suporte social (parentes, amigos, vizinhos).	Trabalhar e lazer, ambiente seguro.
CONG <i>et al.</i>	2012	Método canguru para amenizar a dor	Comunicar.
SANTOS, L. M..	2012	Identificação da dor (manifestações fisiológicas e comportamentais), choro alto. Outros estímulos para choro: fome, angustia, desconforto, agitação, sono. Técnica não farmacológica (toque, enrolamento). Diminuição da intensidade da luz (proporciona sono vigília), posicionamento adequado com contenção (organização comportamental).	Comunicar, Ambiente seguro, Mobilizar, dormir.
COUTO <i>et al.</i>	2012	Apoio social, troca de fralda, banho, estimulação durante crescimento e desenvolvimento, procedimento durante cólicas, higiene oro nasal, cuidados com as roupas, banho de sol, seguimento da vacinação.	Ambiente seguro, Trabalhar e divertir-se, higiene e vestuário, alimentar.
LORING <i>et al.</i>	2012	Banho de imersão e banho de esponja.	Controle da temperatura corporal.
SANTOS <i>et al.</i>	2012	Identificação da dor, ambiente tranquilo, sem ruídos, com baixa luminosidade promove conforto	Comunicação, manter um ambiente seguro
CHIODI <i>et al.</i>	2012	Incentivo ao vínculo afetivo, higiene e alimentação. Controle da temperatura, reconhecer agravamento da respiração, banho, eliminação, secreção vias aéreas superiores, retorno ao ambulatório, vacinação, medicação, sinais e sintomas de riscos.	Higiene pessoal e vestuário, alimentar, eliminar, respirar, controlar a temperatura corporal, trabalhar e divertir-se.
PILLAI <i>et al.</i>	2011	Cuidados não farmacológicos para alívio da dor, sucção não-nutritiva, e postura canguru.	Comunicar.
MEDEIROS <i>et al.</i>	2011	Amamentação, copo e mamadeira.	Alimentar.
HWANG <i>et al.</i>	2015	Sono seguro, posicionamento em decúbito dorsal, berço plano sem inclinação, sem brinquedos, edredons e cobertores macios.	Dormir, mobilizar-se, manter um ambiente seguro.
RAFFRAY <i>et al.</i>	2014	Troca de fralda, banho, alimentação, cuidados com a pele, administração de medicamento, sinais e sintomas de alarme, follow-up.	Higiene pessoal e vestuário, alimentar, trabalhar e divertir-se.
RAISKILA <i>et al.</i>	2014	Termorregulação, alimentação, contato pele a pele.	Controle da temperatura, alimentar.

CUSTÓDIO <i>et al.</i>	2013	Alimentação, troca de fralda, sono, vestimenta, higienização, amamentação, mamadeira. Insegurança materna em relação ao volume de leite ingerido, portanto insuficiência na mamada. A mamadeira como uma possibilidade de saber exatamente o volume de leite ingerido. Dificuldade para acordar o bebê, lentidão.	Alimentar, dormir, higiene pessoal e vestuário
FROTA <i>et al.</i>	2013	Amamentação, banho de sol, troca de fralda, banho, riscos do bebê no domicílio, seguimento ambulatorial, apoio social e familiar.	Alimentar, higiene pessoal e vestuário, respirar, manter um ambiente seguro, trabalhar e divertir-se.
VIEIRA <i>et al.</i>	2013	Seguimento ambulatorial.	Trabalhar e divertir-se.
SCHMIDT <i>et al.</i>	2011	Apoio ao aleitamento materno, orientação de ordenha, estímulo ao vínculo afetivo, cuidados de higiene, vacinação, acompanhamento ambulatorial.	Alimentar, higiene pessoal e vestuário, trabalhar e divertir-se.

Fonte: Pinto, Primo e Silveira, 2016.

Na segunda etapa para a elaboração da animação gráfica sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro, os principais resultados dos 53 artigos foram sintetizados nas atividades cotidianas da vida de Roper, Logan e Tierney, conforme as 12 Categorias Temáticas: Categoria I – Manter um ambiente seguro, Categoria II - Comunicação, Categoria III – Respirar Categoria IV – Eliminar Categoria V –Higiene pessoal e vestuário, Categoria VI –Controle da temperatura corporal; Categoria VII – Alimentação, Categoria VIII – Mobilização, IX – Trabalhar e divertir-se, X – Expressar sexualidade, XI – Dormir, XII – Morrer. A frequência apresentada na Tabela refere se a quantidade de atividades cotidianas da vida que aparecem nas pesquisas; pois um artigo pode trazer um ou vários cuidados relacionados a diferentes atividades cotidianas da vida. A categoria VII – Alimentação foi a que mais apareceu nos artigos (22), seguida da categoria V – Higiene pessoal e vestuário (17), enquanto à categoria X – Expressar a sexualidade não foi abordada nos artigos, de acordo com a Tabela 1.



Tabela 1 – Distribuição dos cuidados nas categorias das atividades cotidianas da vida. Vitória, ES. 2016.

	<b>Categorias das Atividades Cotidianas da Vida</b>	<b>Frequência</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>
I	<b>MANTER UM AMBIENTE SEGURO</b> Iluminação; Ruído; Suporte social; Berço plano sem inclinação, sem brinquedos, edredons e cobertores macios.	09	8,0357%
II	<b>COMUNICAÇÃO</b> Dor (enrolamento, sucção não nutritiva, toque, contato pele a pele, leite materno para alívio da dor); Estresse; Percepção do choro; Movimentos corporais; Alterações da face; Conforto do recém-nascido	15	13,3928%
II	<b>RESPIRAR</b> Prevenção de infecção respiratória; Secreção de vias aéreas superiores; Cianose	07	6,25%
IV	<b>ELIMINAR</b> Fezes	02	1,7857%
V	<b>HIGIENE PESSOAL E VESTUÁRIO</b> Higiene; Troca de fralda; Banho; Cuidados com a pele; Higiene oro nasal; Cuidados com as roupas	17	15,1785%
VI	<b>CONTROLE DA TEMPERATURA CORPORAL</b> Postura Canguru; Prevenção de perda de calor e superaquecimento; Banho de imersão x esponja	06	5,3571%
VII	<b>ALIMENTAÇÃO</b> Manutenção; Postura Canguru; Vínculo; Amamentação; Ordenha; Conservação do leite materno; Medicação; Uso do copo; Não usar chupeta; Mamadeira	22	19,6428%
VIII	<b>MOBILIZAÇÃO</b> Postura canguru; Posicionamento adequado com contenção; Posição para dormir	10	8,9285%
IX	<b>TRABALHAR E DIVERTIR-SE</b> Acompanhamento da equipe multiprofissional (follow-up); Vacinação; Leitura de livros; Banho de sol; Apego	12	10,7142%
X	<b>EXPRIMIR A SEXUALIDADE</b>	0	0
XI	<b>DORMIR</b> Sono	09	8,0357%
XII	<b>MORRER</b> Medo da morte	03	2,6785%

Fonte: Pinto; Primo; Silveira, 2016.

Na segunda etapa utilizou-se para a construção da animação gráfica quatro fases: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave (HEARN; BAKER, 2004). As duas primeiras

fases correspondem ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva. Utilizou-se os programas Adobe Illustrator, Adobe Photoshop e Adobe After Effects.

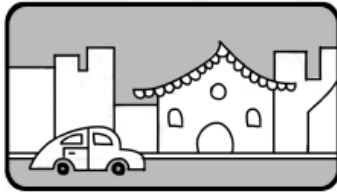
Para a elaboração do roteiro textual utilizou-se os 53 artigos e consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. O roteiro textual foi adequado e corrigido por uma professora doutora do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo. E a tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do laboratório LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo.

Foram produzidos três *storyboards*: o primeiro tratou das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo abordou as atividades: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro retratou as atividades: eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal, conforme segue nas descrições abaixo.

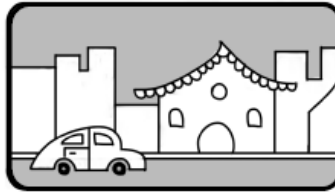
Essas atividades foram organizadas de forma que dessem um sentido ao roteiro, atentando a quantidade de temas que seriam abordados em cada atividade cotidiana da vida, uma vez que uma animação gráfica longa não mantém a atenção do receptor.

**Storyboard 1** sobre as atividades cotidianas da vida manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. Vitória, ES. 2016.

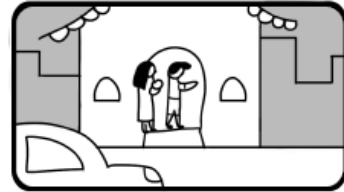
1



Hoje é um dia especial na casa dos Silvas,



todos estão ansiosos para conhecer a mais nova integrante da família, a Nina.



Zeca, Ana e Nina entram em casa.



A família comemora a chegada.



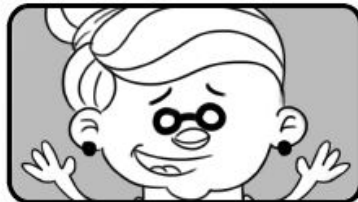
A avó sorridente diz: - Uma Princesa...



-Ela é a minha irmã! Diz Rafa com os olhos brilhando...

Página  
2

Tia Tetê emocionada diz: - Ela é linda...



Tia Tetê ansiosa já estende logo as mão para pegá-la



Nina dorme tranquila no colo de sua mãe Ana



Tia Tetê: - Posso pegar a Nina?



-Agora não, Tia Tetê.



-Ela é prematura e precisa de alguns cuidados especiais.

Página  
3

Ação

-É importante lavar as mãos antes de pegar o bebê... diz Ana



Após lavar as mãos, Tia Tetê estica as mãos para tentar novamente pegar a Nina no colo.



...e se estiver gripada, também não pode.

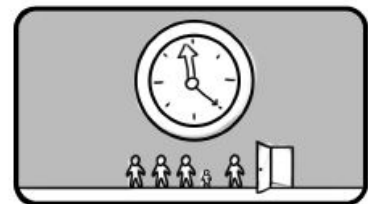


Ação

Tia Tetê compreende e se afasta um pouco da Nina para protegê-la.



Entendeu, Tia Tetê?!



E também é preciso controlar o tempo e número dos visitantes, diz Ana

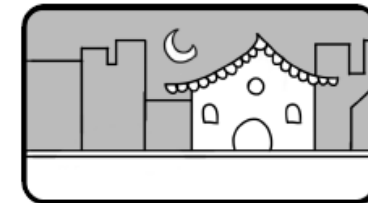
Página  
4

Ação

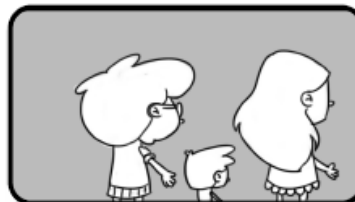
Quem mais quer visitar o bebê? Diz Ana



Ela já vai dormir...

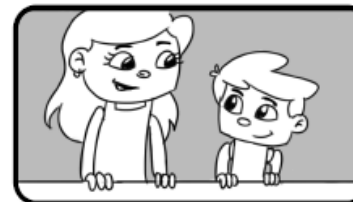


...No dia seguinte...



Ação

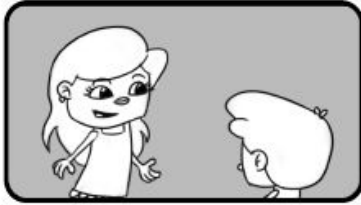
A mãe Ana, o filho Rafa e a Vovó Lena admiram a Nina no berço dormindo...



Rafa fala com a mãe: - Mãe, ontem você falou que a Nina é prematura...



O filho Rafa pergunta: - Mas o que é prematuro?

Página  
5

Mãe Ana responde: Filho,  
bebê prematuro é quando...

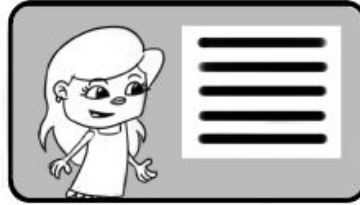



---

---

---

---



...nasce antes do 9 meses de  
gestação e precisa de cuida-  
dos especiais.

---

---

---

---



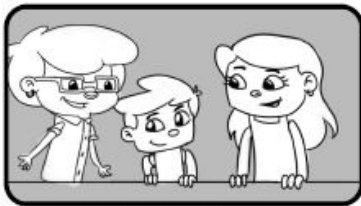
Cuidados especiais? Como  
assim? Pergunta o filho Rafa.

---

---

---

---



Ah, Rafa! Fala a Vó Lena...

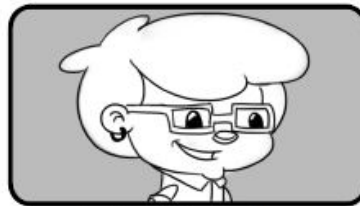



---

---

---

---



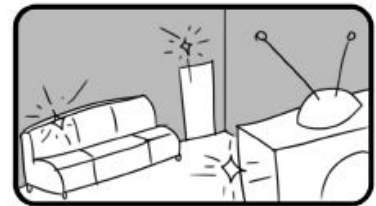
Quando fui visitar a Nina no  
hospital, me explicaram  
alguns cuidados. Falaram  
que...

---

---

---

---



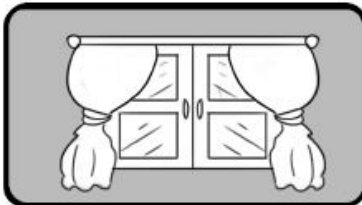
...precisamos manter o ambi-  
ente limpo, arejado e sem  
umidade...

---

---

---

---

Página  
6

...lavar as cortinas e o cortina-  
do com frequência...

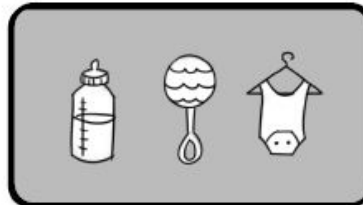



---

---

---

---



...lavar as roupas, os brinque-  
dos e os utensílios do bebê  
com cuidado...

---

---

---

---



...não colocar bichos de  
pelúcia próximos da Nina...

---

---

---

---



...evitar ruídos e luminosidade  
intensos...




---

---

---

---



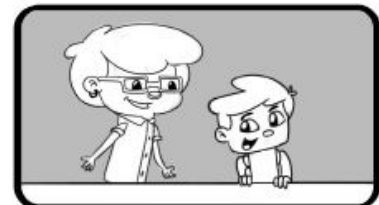
...e é claro, não fumar. Com-  
pleta a vó Lena

---

---

---

---



Nossa vovó, quanta coisa! Diz  
Rafa impressionado

---

---

---

---



Ação ▶

Pra brincar com ela, eu vou até lavar minhas mãos. Diz Rafa.

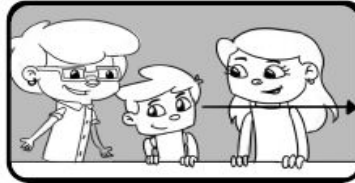
---



---



---



Rafa corre pro banheiro para lavar a mão...

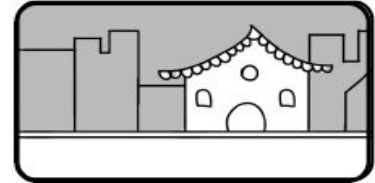
---



---



---



Ao entardecer...

---



---



---



Ação ▶

Mãeee...Paiee... Acabei de chegar da casa do Pedro. Diz Rafa.

---



---



---



Posso brincar com a Nina agora? Diz o filho Rafa todo feliz

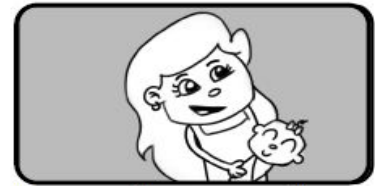
---



---



---



Poxa querido, agora está tarde e sua irmã precisa dormir. Responde a Mãe Ana

---



---



---



Ação ▶

Rafa fica triste com a resposta da mãe...

---



---



---



Mas logo fica feliz e diz: - Ebaaa! Vai dormir no meu quarto!

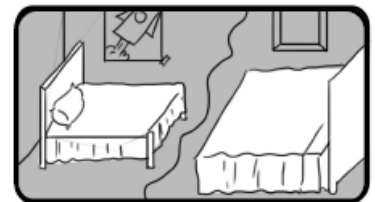
---



---



---



Não pode meu filho! Dormir na sua cama ou na minha pode causar acidentes. Diz Ana alertando o filho Rafa.

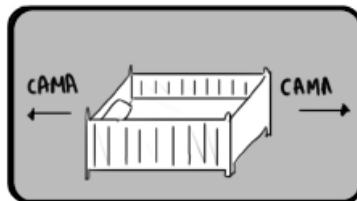
---



---



---



Ação ▶

A Nina precisa dormir no berço. Diz Ana

---



---



---



Mas você pode ajudar de outra forma. Explica a mãe Ana para o Rafa.

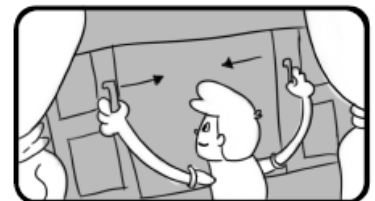
---



---



---



Precisamos manter o ambiente silencioso, com temperatura agradável e pouco iluminado. Diz Ana.

---

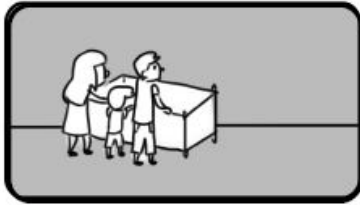


---



---





Devemos colocá-la de barriga para cima, deste jeito. Ensina Ana ao filho Rafa.

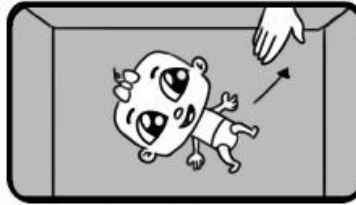



---

---

---

---



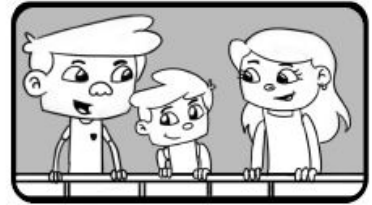
A Nina fica quietinha...

---

---

---

---



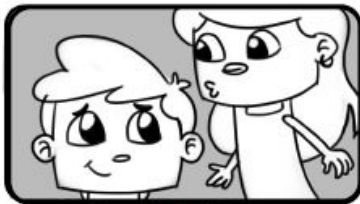
Pronto! Agora ela vai dormir tranquila. Diz Ana

---

---

---

---

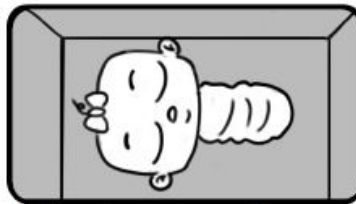


Boa noite, filho! Diz Ana




---

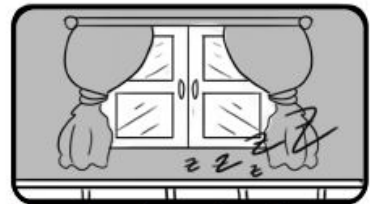
---



A Nina dorme tranquila...

---

---



Já está tarde e todos vão dormir...

---

---



Papai Zeca e Mamãe Ana se prepararam para dormir, pois foi um dia muito cansativo...




---

---

---

---



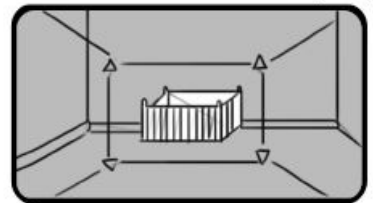
Pai Zeca nem acredita que vai conseguir descansar...

---

---

---

---



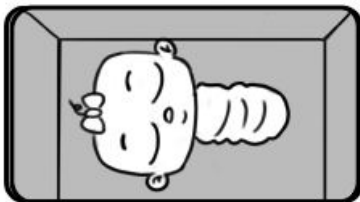
Opa! Alguma coisa aconteceu.

---

---

---

---

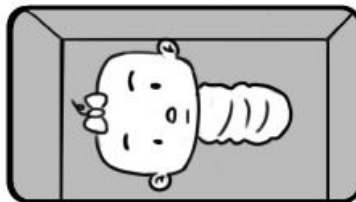



---

---

---

---



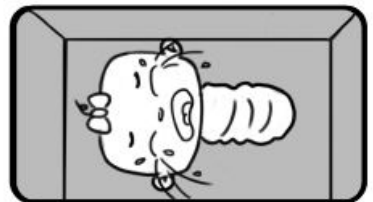
O que será que aconteceu?

---

---

---

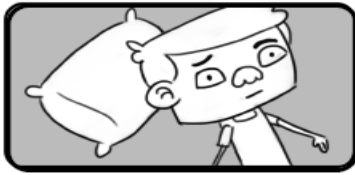
---



UEHHH!  
Haa! A Nina acordou chorando...

---

---



Ação

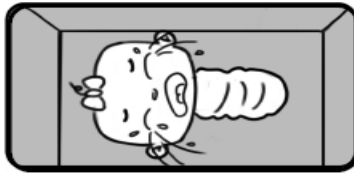
Papai Zeca nem bem fechou os olhos e leva aquele susto.

---

---

---

---



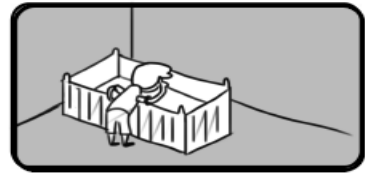
A Nina chora bastante heim...

---

---

---

---



Mas o que será que aconteceu heim?

---

---

---

---



Ação

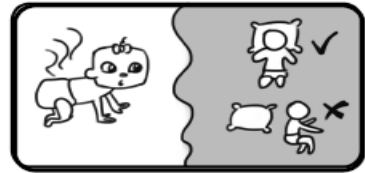
Papai Zeca parece confuso e pensativo:  
Hum! O que eu devo fazer?

---



Há vários motivos para os choros. Lembra o Pai Zeca da explicação da enfermeira.

---




---

---

---

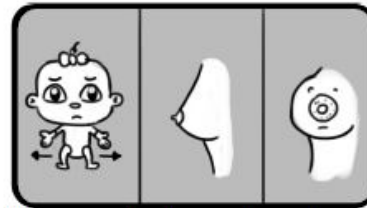
---



Ação

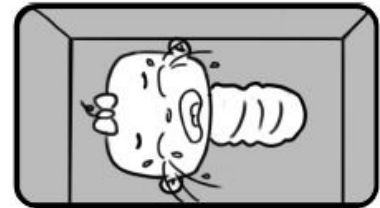
O bebê chora porque pode estar sujo, incomodado com a posição no berço, com dor, com calor ou com frio, com a roupa apertada, com fome ou com o nariz obstruído.

---



No caso de dor, o choro é mais forte, intenso e prolongado e pode ser manifestado por mudanças corporais e alteração da face. É preciso ficar atento

---



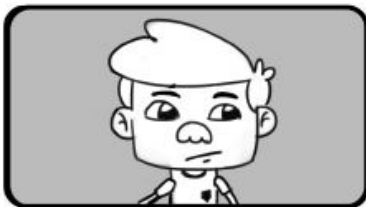

---

---

---

---

---



Ação

---

---

---

---



Ah! Já sei. Diz o Pai Zeca feliz por achar a solução.

---

---



Está quente e suada, você está com calor, vou tirar isso daqui. Diz o pai Zeca à Nina

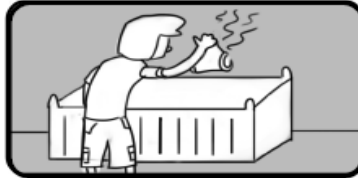
---



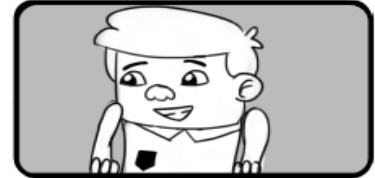


Pronto! Agora vai ficar bem melhor sem a manta.

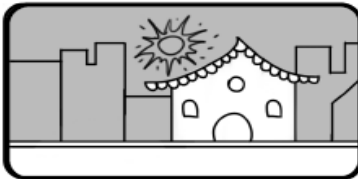
Ação



Parece que a Nina está parando de chorar...

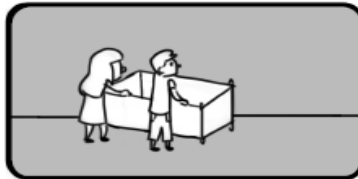


Oba, acertei! Diz o Pai Zeca feliz.



O dia amanhece...

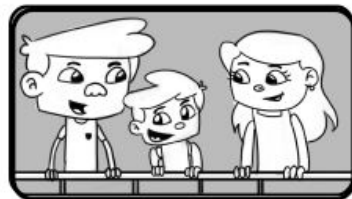
Ação



A Nina vai para o bercinho dela...

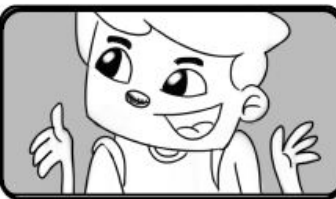


Mamãe, agora estou limpinha, pronta para passear com o papai. Diz a mãe Ana imitando a filha Nina.

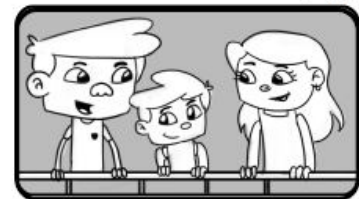


Alguém falou P-A-S-S-E-A-R? Diz o filho Rafa todo agitado.

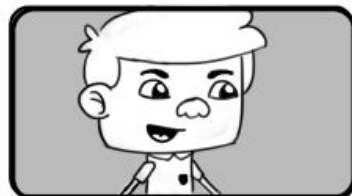
Ação



Vamos no shopping? Pergunta Rafa.



Filho, Shopping é um lugar fechado e com muita gente. Explica o Pai Zeca



Não podemos levar a Nina. Está um dia lindo lá fora, podemos ir na praça. lá é bem ventilado. O que acha? Diz o Pai Zeca.

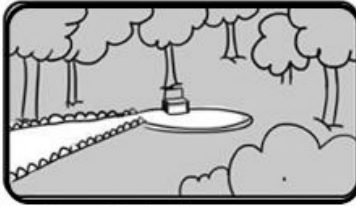
Ação



Obaaa!! Diz Rafa feliz da vida.



Tchau! Divirtam-se queridos. Diz a mãe Ana acenando.



Está um lindo dia na praça...

Ação ▶

---

---

---

---

---



Que dia agradável...

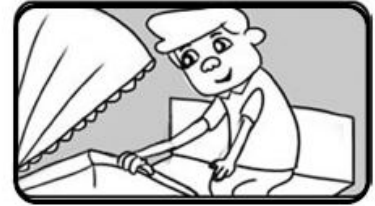
---

---

---

---

---



A Nina adora esse solzinho da manhã...

---

---

---

---

---



O Rafa adora brincar de bola...

Ação ▶

---

---

---

---

---



Mas é preciso ficar de olho no horário...

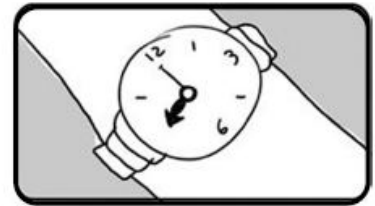
---

---

---

---

---



Ih! Já são 9h horas. Diz o pai Zeca assustado.

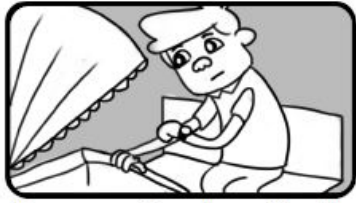
---

---

---

---

---



Temos que ir embora, já está muito quente. E a Nina já tomou os dez minutos de sol. Diz o pai Zeca ao filho Rafa.

Ação ▶

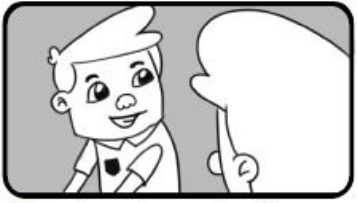
---

---

---

---

---



Além do mais sua irmã tem uma consulta de follow-up, que quer dizer retorno. Diz o pai Zeca.

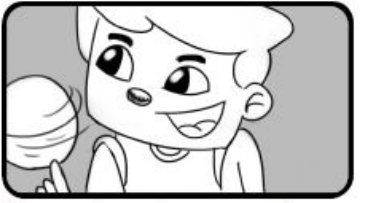
---

---

---

---

---



E quando poderemos voltar aqui? Pergunta o filho Rafa.

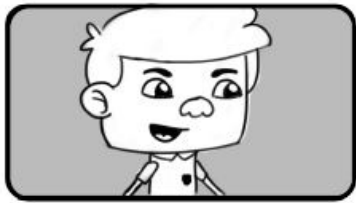
---

---

---

---

---



Poderemos voltar depois das 16h, quando o sol ficar mais fraco. O que acha? Diz o pai Zeca.

Ação ▶

---

---

---

---

---



Quando voltarmos vou trazer o meu boneco novo. Diz Rafa feliz.

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---

**Storyboard 2** sobre as atividades cotidianas da vida alimentar e beber, respirar e morrer. Vitória, ES. 2016.

Página  
1



Casa dos Silvas.

Ação ▶

---

---

---

---

---



Nina chorando.

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---



Pais falam na mesma hora:  
É fome!

Ação ▶

---

---

---

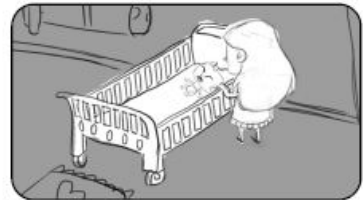


Nina chorando no berço.

---

---

---



Mamãe Ana tenta acalmar

Nina:  
- Pronto, filhinha! Mamãe está aqui.

---

---

---

Página  
2



Ana pega Nina no colo e ela para de chorar.

Ação ▶

---

---

---

---

---




---

---

---

---

---



Tia Tetê chega no quarto cheia de mamadeiras e diz:  
- Aqui minha filha o leitinho dela!

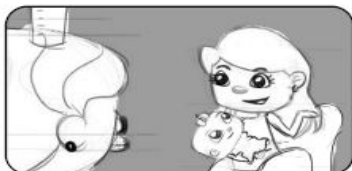
---

---

---

---

---



Ana explica para a tia que a Nina precisa de um alimento mais completo, ela precisa de leite materno.

Ação ▶

---

---

---



Tia Tetê: - Peito? Ah, Ana, eu ajudei sua mãe a cuidar dos seus irmãos dando mamadeira. E o leite materno é fraquinho, logo, logo, a Nina sentirá fome de novo.

---

---

---



Mãe explica para Tia Tetê:  
- Na UTIN, as enfermeiras falaram que o leite materno tem digestão mais fácil, por isso o bebê mama muitas vezes.

---

---

---





Ação

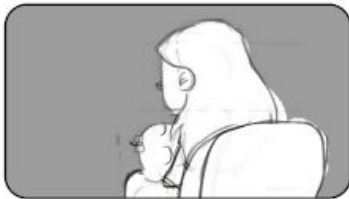
Mãe Ana: - Amamentar protege contra infecções, desnutrição, alergias, e ajuda no desenvolvimento da inteligência e crescimento do bebê. E, quando eu amamentar a Nina, nos sentiremos mais próximas.



Tia Tetê: -Mas você está segurando a Nina do jeito certo? Com braços dobradinhos para o centro do corpo e as perninhas encolhidas?



Mãe Ana: -Sim, Tetê, sempre apoiando a cabecinha dela no meu antebraço, próxima ao cotovelo, e deixando o rostinho da Nina de frente para o meu peito, com a barriga encostada na minha.



Ação

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pai Zeca lê jornal enquanto Avó Lena assiste a novela.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



NOVELA

Maria, eu te amo e não quero te perder.

Eu não acredito mais em você, Carlos Miguel.



Ação

Avó Lena: - Não acredite nele. Ele não presta, Maria!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pai Zeca: - Já começou a novela que a senhora adora?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Ação

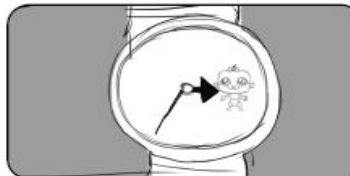
Avó Lena: -Sim, meu filho!

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Relógio de Zeca hora de amamentar a Nina.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pai Zeca: - Amor, já está na hora da Nina mamar novamente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Pai Zeca admirando a Nina.

Ação



Mãe Ana: - Cheguei!



Mãe Ana: - Cadê a bebêzinha mais linda desse mundo?

Pai Zeca: - Chiiii! Ela ainda está dormindo.



Ação

Mãe Ana: - Pode deixar que a enfermeira me ensinou uma técnica para acordar o bebê.



Pai Zeca: - Amor, não podemos "beslicar a Nina".

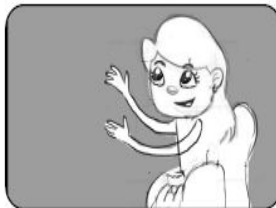


Mãe Ana: - Não, Amor! É só estimular a Nina: mexer os seus pés, massagear as costas e tirar a roupinha. Depois de acordá-la, devemos colocar o peito próximo da boca para estimulá-la a mamar.



Pai Zeca aliviado: - Ufa!

Ação



Mãe Ana: - Pode trazer a Nina.



Ação

Mãe Ana: - Nesse não, amor, a Nina mamou demais no direito. Ele está dolorido. Acho que foi por causa da pega ontem à noite.



Pai Zeca: - Verdade esqueci. A enfermeira também nos disse que alternar a posição de amamentação pode ajudar, lembra?

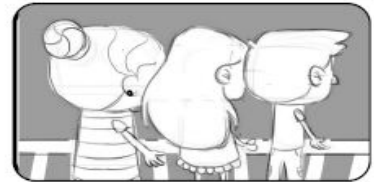


Pai Zeca: - Existe três formas de posicionar o bebê para a amamentação. A posição cavalinho, a invertida e a tradicional.



Mãe Ana: - Bem lembrado!  
É muito importante ficar  
atento à pega correta.

Ação ▶



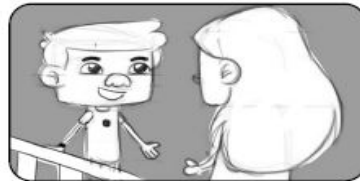
Pai Zeca: - Ela mamou até  
dormir.

Tia Tetê: - Comilona igual ao  
pai.



Mãe Ana: - Amor, amanhã de  
tarde, você pode alimentar a  
Nina? É que tenho consulta e  
não posso perder.

Ação ▶



Pai Zeca: - Claro, querida. E  
você vai tirar leite para deixar  
para a Nina?



Mãe Ana: - Eh mesmo, amor.

Tia Tetê, você me ajuda com a  
ordenha? / Tia Tetê: - Claro,  
vou te ajudar na massagem e  
na ordenha, como a enfermeira  
Flora nos ensinou. / Pai Zeca:  
- E eu vou pegar os frascos.



Frascos enchendo de leite.

Ação ▶



Tia Tetê: - Zecaaaa, tá na  
hora do leitinho da Nina.



Ação ▶



Tia Tetê com dúvida, copo ou  
mamadeira.







Tia Tetê: -Hum...Qual dos dois devo pegar?  
AH!

Ação



Transferindo leite do frasco para o copinho.



Pai Zeca: - A Titia já está trazendo o leiteinho para o papai te alimentar.

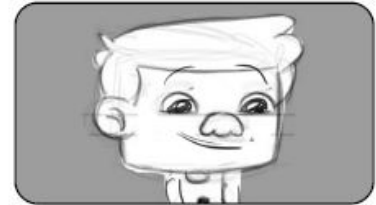


Tia Tetê: - Cheguei, aqui está o leiteinho do amorzinho da titia.  
Pai Zeca: - Obrigado, Tetê.

Ação



Pai Zeca: - Ah, ela está mesmo com fome, está até bebendo rápido.



Zeca admira Nina.



Nina engasga. O rostinho fica roxo.

Ação



Tia Tetê: -Você não acha que a Nina está estranha?



Pai Zeca: - Meu Deus, a Nina engasgou!

Ação



Tia Tetê: - E agora o que a gente faz?



Tia Tetê: - Ai Meu Deus! Ai Meu Deus!

Página  
11

Ação

Pai Zeca: - Calma Tetê,  
respira fundo que vai dar  
tudo certo.



Pai Zeca: - Isso mesmo,  
calma, assim...

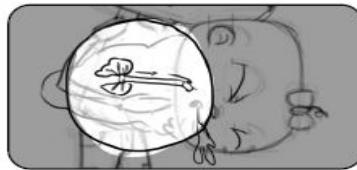


Pai Zeca: - Pronto, agora é  
só devemos ficar calmos e  
lembrar o que a enfermeira  
Flora nos ensinou



Ação

Lateralizando o bebê



Leite sai da traqueia e desce  
para a boca, evitando que o  
alimento vá para o pulmão.



Nina fica bem.

Página  
12

Ação

Ambos se olham aliviados.



Pai Zeca: - Acho que ela  
engasgou porque dei o leite  
rápido demais. Na próxima  
dou devagarinho.

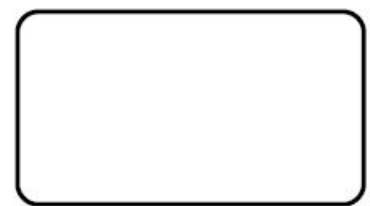
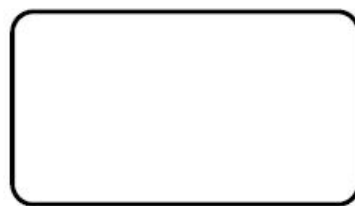


Mãe Ana: - Cheguei,  
pessoal. Tudo certo com a  
Nina?



Ação

Tia Tetê: - Agora, sim! O  
Zeca é um ótimo pai.  
Mãe Ana: - Por isso que eu  
escolhi ele.  
Todos riem.





**Storyboard 3** sobre as atividades cotidianas da vida eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Vitória, ES. 2016.

Página  
1



Casa dos Silvas.

Ação ▶



Zeca e Rafa estão sentados no sofá vendo TV. Zeca segurando Nina no colo.



Zeca sente um mal cheiro.



Zeca cheira Rafa.

Ação ▶



Zeca olha embaixo do pé.



Página  
2



Zeca: - Rafa, que cheiro estranho é esse?

Ação ▶



Zeca olha para Nina e olha a fralda.



Zeca verifica a fralda.



Zeca: - Amor, a Nina fez cocô!

Ação ▶



Zeca olhando a fralda da Nina e Rafa com cara de nojo.

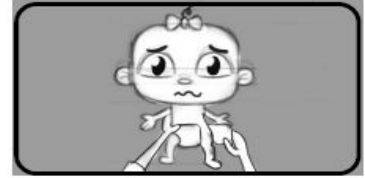
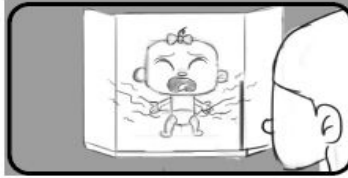


Ana: -Traz ela aqui logo, porque a pele dela é muito fina e ela pode ficar assadinha.



Ação ▶

Mão da Mãe colocando Nina no trocador.



A Nina fez número 1 e número 2.



Ação ▶

Tia Tetê: - Cheguei para ajudar a limpar essa pequena.

Mãe: - Que Bom, Tetê!



Mãe: - Ah, eu esqueci de pegar...

Tetê: - Os lenços umedecidos?

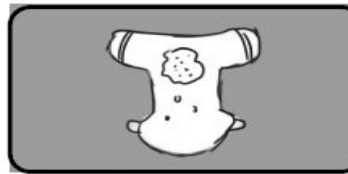


Mãe: - Não, o algodão. Em casa, só uso algodão molhado e a fraldinha de pano para secar o bumbum.



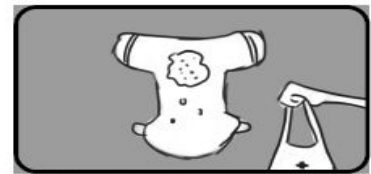
Ação ▶

Mãe: - A pele dela é muito sensível, só podemos usar lenços umedecidos às vezes.



Fralda suja  
Urina amarela clara e fezes amarelada com grumos.

Mãe: - Parabéns, filha, seu xixi está clarinho e suas fezes não estão mais escuras.



Tia Tetê: - Está tudo aqui.

Mãe: - Obrigada!



Ação ▶

Mãe Ana limpando as partes íntimas da Nina no sentido de frente para trás.

Mãe: - Agora é só limpar aqui, ali... Ops!

Ainda tem um pouquinho aqui... é só secar e pronto.



Umbigo da Nina sujinho.  
Tia Tetê: - Acho que faltou limpar o umbiguinho dela.



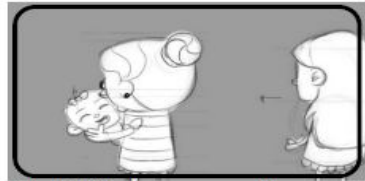
Mãe: - Ainda bem que você lembrou. Vou pegar o álcool 70%.



Ação

Tia Tetê fala e brinca com a Nina e Mãe Ana sai de cena.

Tia Tetê: - Quem é a lindinha da titia?



Tia Tetê brinca com a Nina e Mãe Ana retorna.



Ação

Umbigo da Nina, mão da mãe limpando.

Mãe: - Pronto, está limpinho.



Mãe: - Agora é só colocar a fralda.



Mão da Mãe Ana fechando a fralda.

Tia Tetê: - Ana, não apertar muito a fralda.



Ação

Mãe Ana e Tia Tetê felizes com a Nina limpinha.

Mãe: - Terminamos, olha como ela ficou. Está limpinha e linda.



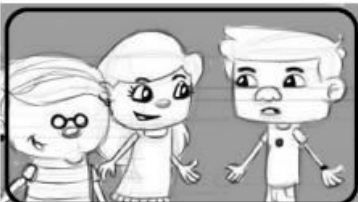
Olhos da Tia Tetê brilhando.

Tia Tetê: - Ela é muito fofinha.



Olhos do Zeca brilhando.

Pai: - Hum, ela está cheirosinha... Eu quero pegar a Nina!



Ação

As duas se viram para o Zeca.

Mãe: - Agora que está limpinha, né?



Zeca sem graça.

Pai: - ÉÉÉÉÉÉ...



Zeca pega Nina no colo, vários corações do seu lado, representando todo o amor que está sentindo.

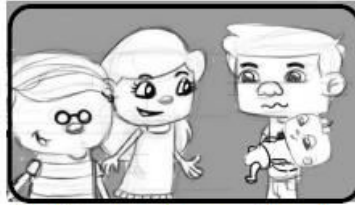




Corações quebrando.

Acção

(Barulho de cocô enchendo a fralda)  
BRUMMMMM...



Os três olhando para Nina. As duas viradas para o Zeca.

Mãe: - Zeca, agora é com você.



Rosto do Zeca sem graça.

Pai:(gagueja) - Ih...Mas, mas...



Acção

As duas saem de cena.

Pai: - Calma aí, pessoal, vocês podem me ajudar aqui?  
Tia: - Agora é com você.



Pai: - "Xá" comigo que eu vou conseguir.



Mão da Lena lavando roupa de bebê no tanque e assobiando.



Acção

Ana está com a roupa suja de Nina. Lena, de costas, lavando roupa e aponta para o balde.  
Mãe: - Chegou mais uma, essa acabou de sujar.  
Avó: - Coloca ali no balde.



Mão da Ana está com roupa suja em cima dos baldes. Dois baldes: um escrito sabão de coco e outro, sabão em pó e amaciante. MÃE ANA - Mas, em qual balde? AVÓ LENA - No balde com sabão de coco, porque o outro é de sabão em pó e amaciante.



Lena, de costas, coloca as roupinhas da Nina no varal. Janela mostra o dia ensolarado. AVÓ LENA - Hoje está um ótimo dia para lavar roupa. MÃE ANA - Eu ouvi no Jornal que teremos sol até sábado.



Acção

Mãe Ana pergunta para Avó Lena.  
Mãe: - Tem alguma roupinha passada da Nina?



Lena, de costas, coloca as roupinhas da Nina no varal. AVÓ LENA - Tem, sim! Já passei todas; estão na tábua ao lado do ferro.



Mãe Ana abraça a Avó Lena por trás.  
Mãe: - Mãe, você é demais! Obrigada!



Ação ▶

Mãe Ana pensativa.  
Mãe: - Vou aproveitar e dar um "banho" na Nina! Falando em Nina, como será que o Zeca se saiu trocando a fralda dela?



Pai Zeca está todo enrolado com os braços.

Pai: Oba! Consegui!

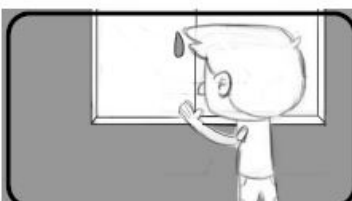


Mãe: -Vamos dar um banho na Nina agora.



Ação ▶

Pai Zeca está todo enrolado com os braços, cai para trás, depois de 2 segundos ele levanta e sai correndo. Efeito sonoro: PUFF!



Pai Zeca fecha janela.

Pai: - Janela fechada, OK!



Mostra os materiais.

Pai (CHECK LIST)

-Toalha, sabonete, roupa, fralda e manta, OK!



Lavando as mãos.

Ação ▶

Pai(CHECK LIST)  
- Mãos limpas, OK!



Punhos na água.

Pai (CHECK LIST)  
- Temperatura da água, OK!



Pai Zeca está com o local todo arrumado.

Pai: - Mô, pode trazer a Nina, está tudo pronto.



Ação ▶

Mãe: - Será que o papai lembra qual parte temos que limpar primeiro?



Pai:- As mãos?



Mãe: -Não, amor, antes de colocar a Nina na banheira...



Mãe Ana tirando a fralda da Nina e limpando.

Mãe: - ...vamos tirar a fralda, limpar o bumbum com algodão úmido,...



Nina enrolada na manta.

Mãe: - ...e depois, vamos enrolá-la na manta para ficar quentinha.



Mãe Ana explicando para o Pai Zeca.

Mãe - Ai, sim, podemos começar o banho pelo rosto, mas sem passar sabão...



Mãe Ana limpando rostinho da Nina.

Mãe: - ...lavando os olhos, o nariz e as orelhas. E depois, vamos lavar a cabeça.



Mãe: - Para lavar a cabecinha, temos que tapar os ouvidos com a ajuda dos dedos.



Mãe: - E, com a outra mão, lavamos a cabeça com sabonete neutro.



Nina, de novo, enrolada na cama. Mão da Ana secando cabeça e rosto da Nina.

Mãe: - E, depois disso, secamos o rosto e a cabecinha, para ela não sentir frio.



Pai: - Agora eu sei qual o próximo passo.



PAI ZECA-Temos que colocar a Nina delicadamente na banheira com a água morna, cobrindo todo o corpinho até o pescoço. Usar uma mão banhar e a outra para segurar. MÃE ANA-Issso mesmo. E, aos poucos, você vai retirando o pano enrolado...

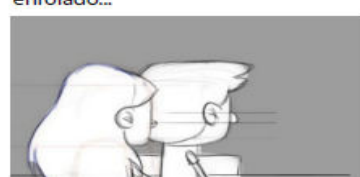


MÃE ANA - ...e ensaboando o pescoço, as axilas, as mãos, as costas e as pernas. Não esqueça de enxaguar. E por último, ensaboar e enxaguar a região genital.



Pai Zeca lembra de um dica da enfermeira.

Pai: - Ah, amor. Lembrei também da orientação que a enfermeira Flora nos deu.



Pai: - Para usar o sabonete neutro apenas três vezes por semana até a Nina completar dois meses, e só depois desse período que podemos usar o sabonete todos os dias.



<p>Atão ▶</p>	 <p><u>Mão Ana feliz pela lembrança do Pai Zeca.</u></p> <p><u>Mãe: - Bem lembrado, Zeca.</u></p>	 <p><u>Ana tira Nina da banheira e enrola na toalha.</u></p> <p><u>Mãe: - Agora que a Nina já está limpinha, vamos secá-la.</u></p>	 <p><u>Mão da Ana secando Nina. Seca a pele com movimentos suaves, sem friccioná-la. Mão acelera secando a Nina.</u></p> <p><u>MÃE ANA - Mamãe vai secar com cuidado a dobrinha 1, a dobrinha 2... a dobrinha 25.</u></p> <p><u>Pai: - Você é tão fofinha!</u></p>
<p>Atão ▶</p>	 <p><u>Limpando a boca da Nina.</u></p> <p><u>Mãe: - E, agora, é hora de limpar a boquinha com gaze molhada na água filtrada.</u></p>	 <p><u>Zeca traz uma roupinha de time de futebol.</u></p> <p><u>Pai: - Ana, vou botar a roupa mais bonita na nossa filha.</u></p>	 <p><u>Ana olha com cara feia.</u></p> <p><u>Mãe: - Oh, Zeca, logo a roupa do Juventinos de Itaim.</u></p>

<p>Atão ▶</p>	 <p><u>Escudo brilhando.</u></p> <p><u>Pai: - Se Deus quiser, este ano o grande Junventinos vai conseguir subir para 6a divisão do campeonato.</u></p>	 <p><u>Nina vestida com body sem manga do Juventinos e fecha os olhos.</u></p>	 <p><u>Ana e Zeca conversando.</u></p> <p><u>PAI ZECA - Viu, amor, ela gostou tanto da roupinha que até dormiu.</u></p> <p><u>MÃE ANA - Deixa de ser bobo, Zeca, ela ficou calminha com o banho.</u></p>
<p>Atão ▶</p>	 <p><u>Mão e boca da Nina ficando roxas.</u></p>	 <p><u>Mão do Pai Zeca na Nina, medindo a temperatura.</u></p> <p><u>Pai: - Ih, ela está bem geladinha.</u></p> <p><u>Mãe: - Eu falei que essa roupa não era uma boa, não tem manga.</u></p>	 <p><u>Nina aparece a temperatura escrita do lado.</u></p> <p><u>Mãe: - Se ela estiver com menos de 36 graus, é porque está frio.</u></p>

			
	<p>Pai Zeca dá um ideia.</p>	<p>Pai Zeca coloca a Nina em posição canguru.</p>	
Ação ►	<p>Pai: - Vou colocar a Nina na posição canguru.</p>	<p>Pai: - Agora ela vai ficar quentinha.</p>	
			
	<p>Pai Zeca com a Nina na posição canguru.</p>	<p>Mão do Pai Zeca coloca Nina no berço.</p>	<p>Pai Zeca na porta do quarto desliga a luz.</p>
Ação ►	<p>Pai: - Ela gostou tanto que até dormiu.</p>	<p>Pai: - Acho que vai dormir a noite toda.</p>	<p>Pai: Boa noite Nina!</p>

O segundo momento, de produção da animação gráfica e definição de objetos, consiste na criação da família de personagens que é composta por: Nina – o bebê prematuro; Ana – sua mãe; Zeca (José Carlos) – seu pai; Rafa (Rafael) – seu irmão mais velho (7 anos); Lena – mãe de Ana, Tete (Tereza) – tia de Zeca.

Ana é uma mulher sonhadora, tem 26 anos e é a filha mais nova de 5 irmãos. Teve seu primeiro filho aos 18 anos quando ainda estava terminando o ensino médio, prestou vestibular para Direito, mas não passou. Precisou trabalhar como atendente em um pequeno comércio local (padaria) para ajudar a sustentar o filho, Rafa. Ana era mãe solteira e por isso foi morar com sua mãe Lena, que ajudava a cuidar de Rafa. Lena é aposentada, trabalha em casa, recebe a pensão do seu falecido marido e complementa a renda vendendo produtos de beleza e fazendo docinhos para festas infantis. Ana conheceu seu marido Zeca, nos momentos em que ele frequentava a padaria no seu bairro. Ele trabalha como mecânico em sua oficina, que fica ao lado do trabalho dela. Zeca tem 30 anos, é um homem trabalhador, mas não teve condição de estudar, pois seu pai faleceu quando ainda era pequeno. Veio

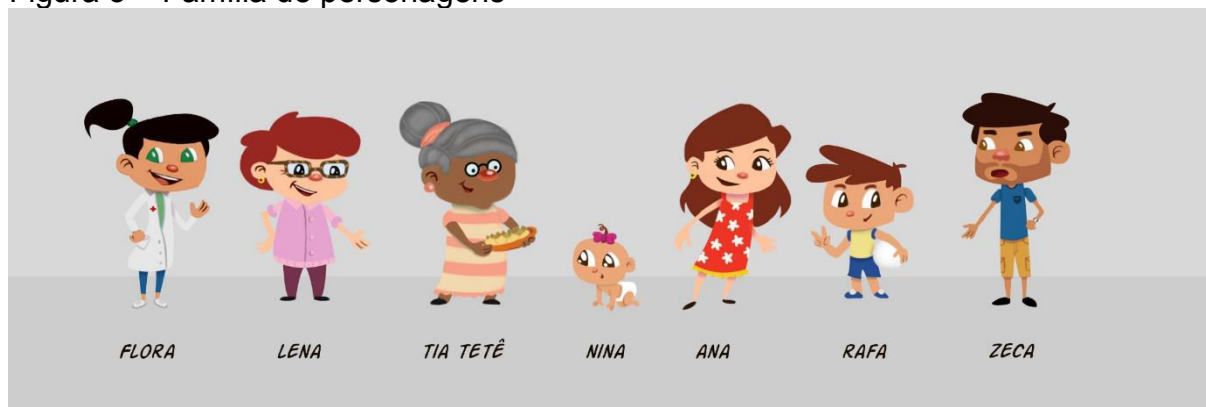


para cidade morar com sua tia Tete. Zeca é solidário, ajuda todos do bairro e é muito querido. Zeca e Ana tem união estável, ele registrou Rafa e cuida dele desde um ano de idade. Construíram seu lar próximo da casa da sogra, uma moradia simples, mas repleta de amor.

Rafa tem sete anos, é estudioso, e adora brincar na rua. Da união de Ana e Zeca nasceu Nina, um bebê lindo, que nasceu prematuro. Rafa esperava que seu irmão fosse um menino, mas quando viu Nina, ele se encantou e agora só quer saber de cuidar, proteger e ensinar a irmãzinha. Após o nascimento de Nina, tia-avó Tete sempre está por perto. Ela tem 50 anos, é dona de casa e não teve filhos, por isso considera Zeca como tal e se preocupa com ele. Tete tem um problema de audição causado por um rojão que estourou perto de seu ouvido em uma festa de São João quando ainda morava no interior.

A enfermeira da UTIN (Flora), conheceu a história de Ana e Zeca, adora crianças e ajudou muito Ana nos momentos que passou no hospital. Ana identificou Flora como a irmã mais velha que não teve.

Figura 3 – Família de personagens



Na terceira etapa para a validação da animação gráfica foi realizado avaliação de conteúdo e aparência por juízes, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social) do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com experiência clínica, no mínimo dois anos, na área de neonatologia ou com curso de especialização, residência, mestrado ou doutorado com ênfase em neonatologia.

Após a seleção dos juízes com base nos critérios mencionados, foi entregue pessoalmente uma carta-convite que trazia informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se daria a participação. Após aceitar participar do estudo, foi agendando um encontro para realizar a validação. Nessa reunião foi explicado todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração do encontro presencial foi, no máximo, de duas horas, a fim de evitar o cansaço. É importante ressaltar que a pesquisadora foi à mediadora do grupo.

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para caracterização dos juízes e o segundo para avaliação do conteúdo e aparência da animação gráfica. O segundo instrumento para avaliação do conteúdo foi organizado a partir do formulário de Rodrigues Junior (2014) com adaptações conforme Comparato (2009). O roteiro de Comparato (2009) é utilizado para avaliação de vídeos em concursos e está disponibilizado para uso livre.

No instrumento voltado para a validação do conteúdo da animação gráfica, os juízes emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em SIM ou NÃO no formulário e em uma escala contendo “excelente, ótimo, bom e regular” ao final de cada item avaliado. Nos casos de discordância, o especialista preencheu um espaço destinado às observações e sugestões de modificações. A partir das respostas dos juízes foi possível analisar quantitativamente o grau de concordância, foram considerados validados os itens que obtiveram uma concordância acima de 80%, os itens que tiveram médias inferiores ao esperado foram modificados.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob nº 1.794.528, os riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012 CNS (BRASIL, 2012).

#### **e) Tipo e Natureza da produção técnica**

Essa produção técnica refere-se a um MATERIAL DIDÁTICO OU INSTRUCIONAL, de natureza: vídeo educacional, pois organizou três roteiros textuais que deram origem ao desenvolvimento de três desenhos animados sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido prematuro.

**f) Meio de divulgação:**

As Animações serão divulgadas por meio digital após o registro dos produtos.

**g) Finalidade do produto**

Orientar os familiares Quanto aos cuidados com o recém-nascido prematuro durante o preparo para a alta hospitalar, fortalecendo o vínculo afetivo e o sentimento de segurança dos pais para cuidar do bebê em domicílio.

**h) Contribuições e possíveis impactos à prática profissional.**

Acredita-se que tal inovação tecnológica possa colaborar para melhor compreensão e assimilação das informações pelos familiares do neonato, assim como instigar dúvidas e questionamentos. Além de contribuir com a equipe de enfermagem, pois padroniza as orientações de cuidados ao neonato em domicílio, amenizando, assim, a ansiedade dos pais, principalmente, relacionadas às instruções controversas.

Assim espera-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros poderão com este recurso da animação gráfica contribuir com a proteção e a promoção da saúde dos recém-nascidos, uma vez que proporciona uma maior interação da equipe de enfermagem com os familiares, com o levantamento de problemas e planejamento de intervenções de enfermagem de forma individualizada.

Quanto ao ensino e a educação em saúde, o uso dessa tecnologia favorece aos familiares a aquisição de conhecimento sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro, sendo que essa tecnologia pode ser aplicada em ambiente hospitalar assim como na atenção primária a saúde e nos ambulatorios de follow-up, auxiliando no aperfeiçoamento e atualização dos profissionais de saúde que trabalham nesses ambientes, fazendo com que apliquem o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações. Esse instrumento ultrapassa o processo clássico de transferência de informação, dando oportunidade ao profissional de estabelecer uma educação em saúde

dialógica que proporcione a participação ativa dos familiares e considere seus conhecimentos prévios, levando o indivíduo a pensar e decidir em busca da adoção de melhores cuidados ao prematuro.

Ainda, Quanto ao ensino, essa ferramenta poderá contribuir no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da criança, bem como de acadêmicos das diversas áreas da saúde facilitando a compreensão acerca dos cuidados ao recém-nascido prematuro em domicílio.

Em relação à pesquisa em enfermagem, serve de estímulo para o desenvolvimento de novas tecnologias educacionais interativas e dinâmicas voltadas para as diversas temáticas da área da saúde da criança. Ainda, como membro do Projeto CuidarTech: Laboratório de Tecnologias de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, esta pesquisa poderá ampliar o conhecimento na área das tecnologias educacionais e assistenciais, proporcionando autonomia e visibilidade ao cuidado prestado pela enfermagem.

#### **i) Registro do produto**

Considerando tratar-se de animação gráfica, produzida a partir de um roteiro textual foi feito contato com o Instituto Nacional de Inovações Tecnológicas - INIT, localizado na Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UFES e os funcionários orientaram que tal produção técnica não refere-se a inovação para patente e que a mesma deve ser registrada na Biblioteca Nacional para resguardo dos direitos autorais. E nesse sentido, a solicitação de direitos autorais estão sendo providenciados pelos autores.

## 5.2 ARTIGO 1

### **RECEPÇÃO DO PREMATURO NO DOMICÍLIO: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA**

#### **Introdução**

A principal causa de internações em unidades neonatais é a prematuridade, e o momento da alta hospitalar requer orientações direcionadas às necessidades desse recém-nascido em domicílio. A alta é um evento potencialmente estressante para os pais, sendo marcada por expectativas e incertezas, pois é nesse momento que os pais e os familiares assumem verdadeiramente os cuidados com a criança e sentem-se angustiados ao terem que fazê-los sem o auxílio da equipe de saúde (DUARTE *et al.*, 2010; OLIVEIRA; SENA, 2010).

O planejamento da alta deve ser individualizado e o profissional de saúde deve fornecer orientações claras, concisas e de simples entendimento para os familiares (DUARTE *et al.*, 2010; SIQUEIRA, 2011). A aplicação de materiais educativos pode contribuir com esse processo de educação em saúde, uma vez que simplifica a rotina da equipe de saúde e beneficia os familiares com instruções que poderão melhorar o fortalecimento de vínculo afetivo e diminuir a insegurança de quem cuida do prematuro (FONSECA; SCOCHI, 2012; FROTA *et al.*, 2013).

A Enfermagem, assim como as demais profissões da saúde, utiliza das tecnologias com objetivo de promover autonomia e independência de seus clientes, seja em instituições fechadas, na educação em saúde ou em qualquer ambiente (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

Sabe-se que a prematuridade predispõe o neonato a dificuldades na adaptação à vida extrauterina, devido a sua imaturidade anátomo-fisiológica. Tendo em vista a elevada incidência de riscos aos quais estão expostos durante o processo de crescimento e desenvolvimento, pode-se afirmar que necessitam de uma atenção integral e humanizada, para poderem desfrutar de uma melhor qualidade de vida junto aos seus familiares (KLOCK; ERDMANN, 2012).

A inclusão da família nos cuidados poderá facilitar o estabelecimento de comunicação e fortalecimento do vínculo afetivo, pois a privação do carinho e afeto e o longo período de internação do recém-nascido aumentam o estresse da mãe e da família, o que pode prejudicar a continuidade de vínculo e apego (TRONCO *et al.*, 2010).

Diante dessas questões, esse estudo tem como objetivo elaborar e validar uma animação gráfica acerca dos cuidados ao prematuro relacionadas a manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir.

## **Método**

### **Tipo de estudo e Referencial teórico**

Trata-se de um estudo metodológico para elaboração de uma animação gráfica que utilizou como referencial a teoria de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001). Essa teoria consta de cinco conceitos que estão inter-relacionados e compreendem: atividades da vida; duração da vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as atividades da vida; e a individualidade da vida. No que se referem as doze atividades da vida: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; cuidar da higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir e morrer. Esses constituem o viver do indivíduo (ROPER, LOGAN, TIERNEY, 2001).

### **Desenvolvimento do estudo**

O estudo foi desenvolvido em três etapas: identificação dos cuidados domiciliares ao prematuro; construção da animação gráfica e validação da tecnologia educativa.

Na primeira etapa para a identificação dos cuidados foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a seguinte questão norteadora: Quais são as orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro na alta hospitalar?

Essa revisão utilizou como critérios de inclusão: artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

(LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que tratassem da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por dois pesquisadores. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, após discussões, buscou-se o consenso. Os artigos incluídos que não estavam disponíveis, inicialmente, foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 96 artigos na *LILACS* e 329 na *MEDLINE*. Do total de 425 artigos foram excluídos 02 sem o resumo disponível. Dos 423 resumos foram excluídos 84 artigos repetidos e 201 por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 138 artigos elegíveis. Após a leitura dos artigos completos foram excluídos 85 que não tratavam da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar, sendo incluído no estudo 30 artigos qualitativos e 23 quantitativos, totalizando 53 artigos. Esses artigos foram lidos exaustivamente, de modo a destacar os cuidados ao recém-nascido prematuro. Os dados foram organizados em planilhas, categorizando os cuidados de acordo com as atividades cotidianas da vida de Roper, Logan e Tierney (2001).

Na segunda etapa utilizou-se para a construção da animação gráfica quatro fases: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave (HEARN; BAKER, 2004). As duas primeiras fases correspondem ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva. Utilizou-se os programas Adobe Illustrator, Adobe Photoshop e Adobe After Effects.

Para a elaboração do roteiro textual utilizou-se os 53 artigos e consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. O roteiro textual foi adequado e

corrigido por uma professora doutora do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo. E a tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais (LOOP) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo.

Foram produzidos três *storyboards*: o primeiro trata das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo apresenta as atividades: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro as atividades: eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Nesse artigo será apresentado a primeira animação que aborda os cuidados relacionados as atividades de vida: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se.

Essas atividades foram organizadas de forma que dessem um sentido ao roteiro, atentando a quantidade de temas que seriam abordados em cada atividade cotidiana da vida, uma vez que uma animação gráfica longa não mantém a atenção do receptor.

Na terceira etapa para a validação da animação gráfica foi realizado avaliação de conteúdo e aparência por juízes, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social) do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com experiência clínica, no mínimo 2 anos, na área de neonatologia ou com curso de especialização, residência, mestrado ou doutorado com ênfase em neonatologia.

Após a seleção dos juízes com base nos critérios mencionados, foi entregue pessoalmente uma carta-convite que trazia informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se daria a participação. Após aceitar participar do estudo, foi agendando um encontro para realizar a validação. Nessa reunião foi explicado todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração do encontro presencial foi, no máximo, de duas horas, a fim de evitar o cansaço. É importante ressaltar que a pesquisadora foi à mediadora do grupo.



Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para caracterização dos juízes e o segundo para avaliação do conteúdo e aparência do *storyboard* da animação gráfica. O segundo instrumento para avaliação do conteúdo foi organizado a partir do formulário de Rodrigues Junior (2014) com adaptações conforme Comparato (2009). O roteiro de Comparato (2009) é utilizado para avaliação de vídeos em concursos e está disponibilizado para uso livre. O instrumento constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático; Diálogos; Estilo visual; Público alvo e Relevância.

No instrumento voltado para a validação do conteúdo e da aparência do *storyboard*, os juízes emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em SIM ou NÃO. Nos casos de discordância, o especialista preencheu um espaço destinado às observações e sugestões de modificações. Foram considerados validados os itens que obtiveram uma concordância acima de 80%, os itens que tiveram médias inferiores ao esperado foram modificados.

### **Aspectos éticos**

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob nº 1794528.

### **Resultados**

A animação gráfica que trata das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir possui 94 quadros. A Figura 1 exemplifica o *storyboard* com algumas cenas.

Figura 1 – Recorte do storyboard.



Quanto à manter o ambiente seguro em domicílio explica que o recém-nascido prematuro é aquele que nasce antes dos nove meses de gestação, e que devido a sua imaturidade precisa de cuidados especiais. A tecnologia aborda a importância da higienização das mãos antes de pegar o recém-nascido no colo, de não se aproximar dele caso esteja com alguma doença infectocontagiosa, e de controlar o número de visitas ao mesmo tempo. Ainda, apresenta a necessidade de se manter o ambiente limpo, arejado, e sem umidade, expõe a necessidade de se lavar as cortinas com frequência e de não deixar bichos de pelúcia próximo ao recém-nascido. Orienta evitar ruídos e luminosidade intensos, para não o estressar, aconselha a não fumar próximo ao neonato para evitar doenças respiratórias e o risco de morte súbita do lactente. Também, enfatiza a importância de se vacinar o prematuro.

Em relação à atividade de vida dormir e mobilizar-se aponta a necessidade de um ambiente tranquilo com pouca luminosidade para que esse bebê consiga dormir. Menciona a posição adequada para dormir, em decúbito dorsal para evitar síndrome de morte súbita do lactente, e orienta a não colocá-lo para dormir na cama junto com outras pessoas, pois pode causar acidentes.

O reconhecimento comunicação não verbal dos recém-nascidos pelos familiares, auxilia muito nos cuidados ao bebê, portanto é de extrema importância os familiares estarem atentos aos diferentes tipos de choro, que pode ser devido o bebê estar

sujo, incomodado com a posição no berço, com dor, calor ou com frio, com a roupa apertada, com fome ou com nariz obstruído. No caso de dor, o choro é mais forte, intenso e prolongado e pode ser manifestado por mudanças corporais e alteração da face.

No que se refere a atividade de trabalho e lazer, é salientado a responsabilidade dos familiares darem prosseguimento as consultas de follow-up para acompanhamento do desenvolvimento e crescimento do neonato, assim como na identificação precoce de seus desvios, verificando as particularidades de cada caso. Revela também a necessidade de lazer, leva-lo para passear, tomar banho de sol e brincar com o neonato, dess o que contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Para a produção da animação gráfica, definiu-se os objetos que consistiram na criação da família de personagens composta por: Nina – o bebê prematuro; Ana – sua mãe; Zeca (José Carlos) – seu pai; Rafa (Rafael) – seu irmão mais velho (7 anos); Lena – mãe de Ana, Tetê (Tereza) – tia-avó de Zeca.

Figura 2 - Família de personagens.



Em relação a caracterização dos juízes que participaram do processo de validação verificou-se que 90,9% eram do sexo feminino, tinham idade média de 31 anos, tendo o profissional mais novo 24 anos e o mais velho 54 anos. Quanto à profissão 63,64% era enfermeiro, 22,72% médico, 9,1% fisioterapeuta e 5,54% fonoaudiólogo; tinham em média 11,27 anos de formado (variando de 2 a 30 anos); tempo de prática clínica média de 7,7 anos (2 a 26 anos); 100% possuíam especialização na área neonatal e desses 27,28% também tinham mestrado.

O instrumento para avaliação do conteúdo e aparência constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático;

Diálogos; Estilo visual (estética); Público alvo e Relevância que são apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 1 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o conceito de ideia.

Conceito da ideia	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Conteúdo temático é relevante e atual?	22	100	0	0
Conteúdo coerente com objetivo de orientar os familiares sobre os cuidados domiciliares ao prematuro?	22	100	0	0
Objetivo da animação é coerente com a realidade da prática de enfermagem?	22	100	0	0
O contexto em que a animação se passa é evidente desde o primeiro momento?	21	95,45	1	4,54
As premissas/informações expostas estão corretas?	22	100	0	0
As informações são compreensivas?	22	100	0	0
As informações são suficientes?	15	68,18	7	31,82
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com prematuros?	20	90,90	2	9,10
Adequado para ser usado por profissional de saúde?	21	95,45	1	4,54
O conteúdo aborda comportamentos?	21	95,45	1	4,54
Propõe ao público alvo mudança de comportamento?	20	90,90	2	9,10
Propõe aos familiares sentirem-se mais seguros e confiantes para cuidar do prematuro?	22	100	0	0
Acredita que poderá melhorar o conhecimento acerca dos cuidados com o prematuro?	22	100	0	0

Em relação a avaliação geral da ideia verificou-se que 50,0% considerou excelente, 31,82% ótimo e 18,18% bom. Os juízes referiram que a proposta era inovadora, criativa, de fácil entendimento, simples, conforme os relatos a seguir:

*Considero o projeto criativo e inovador. A8*

*O conteúdo é simples, objetivo, de fácil entendimento e suficiente para o público com que lidamos. A12*

Tabela 2 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a construção dramática.

Construção dramática	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Ponto de partida do roteiro tem impacto?	20	90,90	2	9,10
A apresentação do roteiro é agradável?	22	100	0	0
As cenas refletem estereótipos ou discriminação?	2	9,10	18	81,82
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?	20	90,90	2	9,10
O vídeo motiva os familiares a aprenderem?	22	100	0	0

Quanto à avaliação geral da construção dramática observou-se que 36,36% considerou excelente, 45,45% ótimo e 18,18% bom. E os juízes apontaram que o roteiro levanta possíveis dúvidas e as esclarece, contribui no aprendizado dos familiares, no entanto para os profissionais de saúde o conteúdo é conhecido.

*O roteiro mostra algumas dúvidas e respostas imediatas nos cuidados, simplifica os cuidados e facilita a aprendizagem. A4*

*Para os profissionais de saúde o conteúdo e desenvolvimento do mesmo se mostra meio óbvio, mas para o público-alvo a construção foi muito boa para memorização. A12*

Tabela 3– Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o ritmo.

Ritmo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Cada cena motiva a próxima?	22	100	0	0

Na avaliação geral do ritmo notou-se que 31,82% considerou excelente, 54,54% ótimo e 13,64% bom. Segundo os juízes o ritmo é adequado com uma boa sequência de cenas.

*Existe um bom sequenciamento das cenas. A4*

Tabela 4 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os personagens.

Personagens	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe empatia com as personagens?	22	100	0	0
A apresentação das personagens é adequada?	21	95,45	1	4,54
Os personagens lembram os familiares da realidade a qual o vídeo se propõe?	20	90,90	2	9,10

Em relação a avaliação geral dos personagens verificou-se que 36,36% considerou excelente, 54,54% ótimo e 9,10% bom. Um juiz apontou que a personagem avó não estava bem retratada.

*Não identifiquei a personagem avó como tal, achei que a tia parece avó. A22*

Tabela 5 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o potencial dramático.

Potencial dramático	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe emoção?	22	100	0	0
Existem surpresas?	19	86,36	3	13,64

Na avaliação geral do potencial dramático notou-se que 27,27% considerou excelente, 50,0% ótimo, 18,18% bom e 4,54% regular.

Tabela 6 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os diálogos.

Diálogos	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Os diálogos têm naturalidade?	21	95,45	1	4,54
As personagens têm vocabulário adequado?	22	100	0	0
O estilo de voz ativa é utilizado?	20	90,90	2	9,10
Há conclusão nos diálogos?	22	100	0	0

Quanto à avaliação geral dos diálogos observou-se que 22,72% considerou excelente, 63,64% ótimo e 13,64% bom. E os juízes apontaram que o vocabulário estava adequado para os familiares e a voz da mãe mostra segurança, por outro lado, alguns juízes referiram que as falas poderiam ser mais realistas e faltou algumas conexões entre os diálogos.

*Os pais e principalmente a mãe tem voz ativa (mostra segurança) após as orientações recebidas e aplica-as. A4*

*O vocabulário é adequado para paciente e familiares, mas para profissionais de saúde não. A13*

*Algumas falas podem ser mais realistas. A5*

*Faltou alguns ganchos entre os diálogos. Ficou muito longo. A22*

Tabela 7 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o estilo visual.

Estilo visual	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
As cenas refletem aspectos importantes do cuidado domiciliar ao prematuro?	22	100	0	0

Na avaliação geral do estilo visual notou-se que 40,9% considerou excelente, 50,0% ótimo e 9,10% bom. Segundo um juiz os desenhos facilitam a compreensão do espectador, enquanto outro juiz apontou que alguns desenhos não correspondiam a ação descrita.

*Facilita no entendimento através de imagens. A4*

*Alguns desenhos estão inadequados, não correspondem a ação. A22*

Tabela 8 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o público alvo.

Público alvo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O conteúdo tem relação direta com o público alvo?	22	100	0	0
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta?	22	100	0	0
A linguagem está compatível com o nível de conhecimento do público alvo?	20	90,90	2	9,10

Em relação a avaliação geral do público alvo verificou-se que 54,54% considerou excelente, 36,36% ótimo e 9,10% bom. Um juiz apontou que a linguagem era fácil, simples e atingia públicos como crianças, adultos e idosos.

*Linguagem simples, de fácil entendimento, para vários públicos (crianças, adultos e idosos). A4*

Tabela 9 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a relevância.

Relevância	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O roteiro da animação ilustra aspectos importantes da temática em estudo?	22	100	0	0
As cenas são relevantes para que os pais e familiares possam conhecer os cuidados domiciliares com os recém-nascidos prematuros?	22	100	0	0
O roteiro traz um resumo ou revisão?	17	77,27	5	22,72

Na avaliação geral da relevância notou-se que 50,0% considerou excelente, 40,9% ótimo e 9,10% bom.

Ao final do preenchimento do formulário de avaliação os juízes escreveram algumas sugestões gerais que seguem abaixo:

*Poderia enfatizar alguma cena sobre a importância no seguimento ambulatorial, aprofundar mais quando falar do follow up. A4*

*Na chegada deveria ter mais pessoas para impactar mais o número de pessoas, por exemplo, vizinhos. A13*

*Acredito que faltou abordar como transportar o recém-nascido com segurança. A6*

*Diminuir o número de cenas e focar nas orientações. A14*

*Uma questão importante que também poderia ser inserido são os cuidados que se deve tomar ao ninar o bebê e mantê-lo no colo a fim de prevenir alterações de equilíbrio no bebê. A15*

*Faltou orientações sobre vacinas, follow up, choro prolongado. Boa para leigos. A18*

*Após ler os outros episódios, sugiro repetir a primeira imagem na casa dos Silvas em todos...este é o único que está diferente. A21*

*Ficou muito longo. As pessoas vão se perder com os pontos de importância para o cuidado com o prematuro. A figura do filho em alguns momentos foi mais relevante que a Nina. A22*

## Discussão

Um ambiente com pouco ruído é um dos cuidados que deve ser informado aos familiares do recém-nascido prematuro, uma vez que o excesso de barulho pode provocar danos ao bebê, como podemos citar: o estresse, a irritabilidade, a alteração do ritmo circadiano, as frequências cardíacas e respiratórias, a pressão



arterial, a oxigenação, o peristaltismo e consumo de glicose, podendo, assim, retardar sua recuperação (OLIVEIRA; SENA, 2010). Também, não fumar, assim como evitar ruídos intensos e luminosidade diretamente sobre os olhos do recém-nascido, são outras formas de garantir qualidade de vida à criança (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Recomenda-se, também, colocar o recém-nascido para dormir em superfície firme, não realizar o compartilhamento da cama dos pais com o bebê e não manter objetos macios e roupas de cama soltas no berço, pois pode aumentar o risco da síndrome de morte súbita do lactente, já que a criança pode reinalar dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) e dificultar a respiração. Assim, a combinação da posição prona com o colchão macio aumenta em até vinte vezes o risco de possíveis incidentes (TÂMEGA, 2010).

A comunicação não verbal é a primeira forma de comunicação dos recém-nascidos e é expressa através de parâmetros fisiológicos ou comportamentais ou por choro, portanto os profissionais de saúde e os familiares do neonato precisam estar atentos a esse tipo de comunicação (MELO *et al.*, 2013).

O choro pode ocorrer devido a várias situações diferentes como, fome, especialmente se não mamou há mais de duas horas, inquietude, por não estar bem acomodado, por roupas molhadas ou apertadas, frio ou calor, além do incômodo pela posição no berço, nariz entupido que dificulte a respiração, excesso de estímulo, pois alguns prematuros são muito irritados, não toleram bem as atividades que o rodeiam, nem o contato com seus familiares. É importante assegurar que não esteja doente (febre, diarreia, hipotermia, diminuição acentuada da atividade, recusa alimentar ou vômito, etc.) (FONSECA; SCOCHI, 2012). Além disso, medidas como o toque, a fala, a contenção facilitada o enrolamento durante os procedimentos, possibilitam a redução do estresse do prematuro, contribuindo, assim, para o desenvolvimento neuromotor mais harmonioso (BALBINO *et al.*, 2012).

O posicionamento do prematuro no leito também interfere diretamente sobre o seu desenvolvimento neurocomportamental e motor, com respostas diretas sobre padrões de organização, posturas em linha média e movimentos finos (XAVIER *et al.*, 2012). É recomendado, de acordo com Tosol *et al* (2015), colocar o recém-nascido para dormir em posição supina pouco antes da alta hospitalar. Além disso, é enfatizada a importância de orientar aos pais sobre a melhor forma de posicionar o

recém-nascido para dormir em casa, visando, assim, a prevenção da morte súbita do lactente.

O sono varia de acordo com a individualidade da criança e com a sua maturidade, assemelha-se a locomoção, que vai se modificando à medida que vai amadurecendo. Sendo assim, o recém-nascido tem que aprender a dormir da mesma forma que aprende a engatinhar, ficar de pé e andar (GAIVA, 2010).

Cabe ressaltar também a importância do seguimento dessas crianças no follow-up (FROTA *et al.*, 2013). As consultas de seguimento, que consistem no acompanhamento frequente do bebê prematuro, devem acontecer da seguinte forma: na primeira semana, três consultas, na segunda semana duas consultas e da terceira semana em diante, uma consulta até atingir um peso mínimo de 2500g (BORCK; SANTOS, 2010). Assim, cabe aos enfermeiros orientar aos pais acerca da importância desses serviços de apoio, pois servem de referência na continuação da assistência prestada e contribuem no crescimento e desenvolvimento saudável do prematuro (NIETSCHE *et al.*, 2012).

Uma forma de acompanhar e educar esse processo de desenvolvimento do bebê é fazer trabalhos de prevenção e promoção da saúde que possibilite momentos de estimulação da criança na comunidade e que a equipe de saúde aproveite esse momento para orientar os pais a como realiza-los em domicílio (VELEDA *et al.*, 2011). Todo o conhecimento adquirido será importante para garantir a continuidade e integralidade do cuidado ao recém-nascido em domicílio (DUARTE *et al.*, 2010; FROTA *et al.*, 2013). Estudo feito por Collares (2009) coloca o recurso de animação como um suporte informativo, o qual utiliza texto, som, imagem e um diálogo interativo com quem o assiste. Esse ambiente virtual proporciona experiências multissensoriais para o receptor.

### **Considerações Finais**

Este estudo descreveu a construção e validação de uma animação gráfica acerca dos cuidados ao prematuro relacionadas a manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir. A maioria dos itens obteve uma concordância

acima de 80%, apenas o item “As informações são suficientes?” teve 68,18% e a pergunta “O roteiro traz um resumo ou revisão?” alcançou 77,27%.

A validação do *storyboard* proporcionou visualizar as cenas e diálogos que precisavam de ajustes ou acréscimos de informações de forma mais detalhada e crítica antes da produção da animação.

Acredita-se que tal inovação tecnológica possa colaborar para melhor compreensão e assimilação das informações pelos familiares do neonato, assim como instigar dúvidas e questionamentos. Além de contribuir com a equipe de enfermagem, pois padroniza as orientações de cuidados ao prematuro em domicílio, amenizando, assim, a ansiedade dos pais, principalmente, relacionadas às instruções controversas.

Assim espera-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros poderão com este recurso da animação gráfica contribuir com a proteção e a promoção da saúde dos recém-nascidos, uma vez que proporciona uma maior interação da equipe de enfermagem com os familiares, com o levantamento de problemas e planejamento de intervenções de enfermagem de forma individualizada.

As sugestões dos juízes especialistas foram atendidas e corrigidas nos *storyboard*.

## Referências

BALBINO, A.C. et al. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, p. 615-620, 2012. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908/4252>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Terceira etapa método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 761-768, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 mai. 2016.

COLLARES, P. M. C.; MAGALHÃES, M. S.; LANDIM, F. L. P.; MESQUITA, R. B.; MARQUES, A. K. M. Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo. **ACTA FISIATR**, Fortaleza – CE, v. 16, n. 3, p. 110-115. 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/Juliano/Downloads/v16n3a03%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Juliano/Downloads/v16n3a03%20(2).pdf)> Acesso em: 17. Out. 2015.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

DUARTE, A. S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-17, jul./set. 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3\\_html\\_site/a17v11n3.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a17v11n3.html)> Acesso em: 4 jul. 2016

FONSECA, L. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para família**. 3.ed. Cartilha educativa. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2016.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, Jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun. 2016.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, Jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun. 2016.

HEARN, D.; BAKER, M. **Computer Graphics with OpenGL, third edition**. New Jersey: Prentice-Hall, 2004.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, feb. 2012 Disponível em: <http://periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40916/44399>> Acesso em: 20 jun. 2016.

MELO, G. M et al. Nursing team communication with regard pain in newborns: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 3, p. 462-70, sep. 2013. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4019>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

NIETSCHE, E. A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a26v47n1.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

OLIVEIRA, S.R.; SENA, R.R. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. **Rev. Min. Enferm**, v. 14, n.1, p.103-109, jan./mar., 2010 Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c331459321a2.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf) >. Acesso em: 13 out. 2015

OLIVEIRA, S.R.; SENA, R.R. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. **Rev. Min. Enferm**, v. 14, n.1, p.103-109, jan./mar., 2010 Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c331459321a2.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf) >. Acesso em: 13 out. 2015

RODRIGUÊS, JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares**, 2014 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROPER, N, LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **O modelo de enfermagem Roper Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi, 2001.

TÂMEGA, I. das E. Mistério a ser desvendado: síndrome da morte súbita do lactente (SMSL). **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 12, n. 1, p. 28 - 30, mar. 2010.

TOSOL, B. R. G. O et al. Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 6, p. 1147-53, Nov-dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000601147](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601147)> Acesso em: 22 jun. 2016.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev enferm UERJ**, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan/mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a19.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

VELEDA, A. A. et al. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3695/Fatores%20associados%20ao%20atraso%20no%20desenvolvimento%20em%20crian%C3%A7as%2c%20Rio%20Grande%2c%20Rio%20Grande%20do%20Sul%2c%20Brasil.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

XAVIER, S. et al. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 814-818, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6036>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

### 5.3 ARTIGO 2

## **ANIMAÇÃO GRÁFICA EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES COM ALIMENTAÇÃO E RESPIRAÇÃO DO PREMATURO**

### **INTRODUÇÃO**

As Tecnologias Educacionais referem-se a processos de ensinar e aprender, utilizadas entre educadores e educandos, nos vários processos de educação formal-acadêmica, formal-continuada (MOREIRA *et al.*, 2014). A tecnologia educacional é voltada para o desenvolvimento do indivíduo e caracterizada por novas teorias, ensinamentos, pesquisas, conceitos, técnicas para a atualização da educação, possibilitando inovação na transmissão do conhecimento (NIETSCHE *et al.*, 2005).

Na área da enfermagem as pesquisas tecnológicas sobressaem mais na parte de teorizações e processos do que na parte de produções de produtos; o que pode estar relacionado à dificuldade de patentear suas invenções. Observa-se que no setor saúde dão ênfase em procedimentos que envolvem tecnologias socialmente importantes, visando seu uso em tratamentos e melhorias na qualidade de vida das pessoas (KOERICH *et al.*, 2011).

Sabe-se que estas tecnologias para serem eficazes precisam da presença de um profissional da área da saúde para auxiliar na discussão (McKELLAR, 2009), como o enfermeiro possui a função de educador é de extrema importância sua participação para a transferência destas informações, levando o indivíduo a reflexão (COSTA, 2004).

Apesar de todo o avanço tecnológico, o cuidado adequado ao recém-nascido prematuro tem sido um dos desafios para diminuir os índices de mortalidade infantil

no país, tendo em vista que a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011). Assim a equipe de saúde precisa ser sensibilizada da importância das orientações de cuidados básicos ao recém-nascido prematuro durante a alta hospitalar, evitando várias doenças respiratórias e infecciosas que proporcionam altos índices de mortalidade no primeiro ano de vida. Para isso é fundamental que o profissional da área da saúde tenha uma linguagem bem estruturada e documentada para que os pais adquiram segurança para cuidar do bebê em domicílio (FROTA *et al.*, 2013).

Estudo realizado por Fonseca, Scochi (2012) ressalta que a aplicação de materiais educativos pode contribuir no processo de educação em saúde, uma vez que simplifica a rotina dos profissionais de saúde e beneficia os pais com instruções que poderão esclarecer dúvidas e diminuir a insegurança de cuidar de um prematuro.

Diante do exposto esse estudo tem como objetivo construir e validar uma animação gráfica educativa sobre cuidados para as atividades de vida alimentar e beber, respirar e morrer do prematuro em domicílio.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas: identificação dos cuidados domiciliares ao prematuro; construção da animação gráfica e validação da tecnologia educativa.

Esse estudo utilizou como referencial teórico a teoria de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001). Essa teoria consta de cinco conceitos que estão inter-relacionados e compreendem: atividades da vida; duração da vida; *continuum* dependência/independência; fatores que influenciam as atividades da vida; e a individualidade da vida. No que se referem as doze atividades da vida: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; cuidar da higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura do corpo; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir sexualidade; dormir e morrer. Esses constituem o viver do indivíduo (ROPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Na primeira etapa para a identificação dos cuidados foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a seguinte questão norteadora: Quais são as orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro na alta hospitalar?

Essa revisão utilizou como critérios de inclusão: artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que tratassem da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por duas pesquisadoras experientes em estudos de revisão. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, após discussões, buscou-se o consenso. Os artigos incluídos que não estavam disponíveis, inicialmente, foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 96 artigos na *LILACS* e 329 na *MEDLINE*. Do total de 425 artigos foram excluídos 02 sem o resumo disponível. Dos 423 resumos foram excluídos 84 artigos repetidos e 201 por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 138 artigos elegíveis. Após a leitura dos artigos completos foram excluídos 85 que não tratavam da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar, sendo incluído no estudo 30 artigos qualitativos e 23 quantitativos, totalizando 53 artigos. Esses artigos foram lidos exaustivamente, de modo a destacar os cuidados ao recém-nascido prematuro. Os dados foram organizados em planilhas, categorizando os cuidados de acordo com as atividades cotidianas da vida de Roper, Logan e Tierney (2001).

Na segunda etapa utilizou-se para a construção da animação gráfica quatro fases: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave (HEARN; BAKER, 2004). As duas primeiras



fases correspondem ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva. Utilizou-se os programas Adobe Illustrator, Adobe Photoshop e Adobe After Effects.

Para a elaboração do roteiro textual utilizou-se os 53 artigos e consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. O roteiro textual foi adequado e corrigido por uma professora doutora do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo. E a tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do laboratório LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo.

Foram produzidos três *storyboards*: o primeiro trata das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo apresenta as atividades: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro as atividades: eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Nesse artigo será apresentado a segunda animação que trata das atividades de vida: alimentar e beber, respirar e morrer.

Essas atividades foram organizadas de forma que dessem um sentido ao roteiro, atentando a quantidade de temas que seriam abordados em cada atividade cotidiana da vida, uma vez que uma animação gráfica longa não mantém a atenção do receptor.

Na terceira etapa para a validação do *storyboard* da animação gráfica foi realizado avaliação de conteúdo e aparência por juízes, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social) do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com experiência clínica, no mínimo 2 anos, na área de neonatologia ou com curso de especialização, residência, mestrado ou doutorado com ênfase em neonatologia.

Após a seleção dos juízes com base nos critérios mencionados, foi entregue pessoalmente uma carta-convite que trazia informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se daria a participação. Após aceitar participar do estudo, foi agendando um encontro para realizar a validação. Nessa reunião foi

explicado todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração do encontro presencial foi, no máximo, de duas horas, a fim de evitar o cansaço. É importante ressaltar que a pesquisadora foi à mediadora do grupo.

Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para caracterização dos juízes e o segundo para avaliação do conteúdo e aparência da animação gráfica. O segundo instrumento para avaliação do conteúdo foi organizado a partir do formulário de Rodrigues Junior (2014) com adaptações conforme Comparato (2009). O roteiro de Comparato (2009) é utilizado para avaliação de vídeos em concursos e está disponibilizado para uso livre. O instrumento constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático; Diálogos; Estilo visual; Público alvo e Relevância.

No instrumento voltado para a validação do conteúdo e da aparência do *storyboard*, os juízes emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em SIM ou NÃO. Nos casos de discordância, o especialista preencheu um espaço destinado às observações e sugestões de modificações. Foram considerados validados os itens que obtiverem uma concordância acima de 80%, os itens que tiveram médias inferiores ao esperado foram modificados.

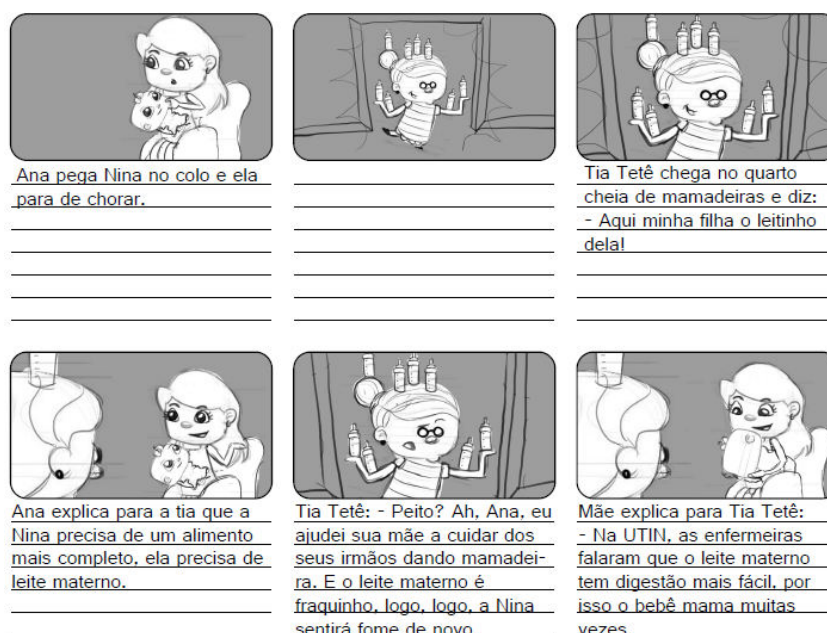
A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob Nº1794528.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A animação gráfica que trata das atividades cotidianas: alimentação, respiração e morte, possui 70 quadros. A Figura 1 exemplifica o *storyboard* com algumas cenas.

O *storyboard* do desenho animado aborda a atividade de vida alimentação orienta acerca da amamentação e reforça que o leite materno é o alimento mais completo para neonato, e cita as vantagens, como, ser de fácil digestão, protege contra infecções, desnutrição e alergias, e ajuda no desenvolvimento da inteligência e crescimento do recém-nascido, além de favorecer o vínculo mãe-bebê.

Figura 1 – Recorte do storyboard.



Os bebês prematuros e de baixo peso, amamentados no peito da mãe, apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento da sobrevida, em relação àqueles alimentados com leite industrializado (CZECHOWSKI *et al.*, 2010).

Na animação é demonstrada a posição correta da pega do recém-nascido, com a cabeça encostada no antebraço da mãe, próxima ao cotovelo dela, e com o rosto do bebê de frente para o peito da mãe e o nariz dele na altura do mamilo, e alinhamento da cabeça e do tronco dele no corpo da mãe. Informa a importância de o recém-nascido esvaziar a mama, pois a concentração de gordura no leite aumenta no decorrer de uma mamada. Assim, o leite do final da mamada (chamado leite posterior) é mais rico em calorias e sacia melhor o neonato.

É interessante a mãe do bebê estimular o reflexo de procura, que geralmente é mais lento no recém-nascido prematuro. Por isso pode ser útil fazer a estimulação com toques com o dedo indicador ou com o próprio mamilo na parte medial do lábio inferior ou canto dos lábios. Na pega adequada, a boca da criança deve estar suficientemente aberta, abocanhando a maior porção possível da aréola, com o lábio superior virado para cima e o inferior para fora. Na postura clássica, o neonato fica

de frente para a mãe, abdome com abdome, com o queixo encostado na mama. O corpo deve estar seguro até, pelo menos, a região glútea (BRASIL, 2011).

Os diálogos expõem a questão de o prematuro ser mais sonolento sendo necessário acordá-lo para amamentar, o que pode ser feito retirando as roupas, mexendo no rosto do bebê. Enfatiza a importância da pega correta e da alternância dos vários tipos de posições para amamentar o bebê como a posição de cavalinho, a invertida e a tradicional, fato que auxilia na proteção da fricção e compressão, prevenindo, assim, lesões mamilares.

Assim, cabe à equipe de saúde orientar aos pais dos recém-nascidos prematuros que esses bebês são mais sonolentos e precisam ser acordados e estimulados nos horários das mamadas. Importante informar as mães como avaliar os mecanismos de coordenação entre a sucção, deglutição e respiração do recém-nascido, bem como o seu ritmo de sucção-pausa-respiração, evitando assim broncoaspiração (FONSECA *et al.*, 2012; PACHECO *et al.*, 2012).

O *storyboard* aborda a massagem nas mamas e ordenha do leite materno, o que facilita a pega correta do recém-nascido. A massagem nas mamas, deve ser iniciada com movimentos circulares da base em direção à aréola e após posicionar o recipiente em que será coletado o leite materno próximo ao peito. Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição aréola mama, em oposição ao polegar, sustentando o peito com os outros dedos, após pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. Os primeiros jatos de leite devem ser desprezados para redução de contaminação.

Santoro, Martinez (2007) ressalta que ações voltadas para orientações precoce e sistemática sobre amamentação exclusiva durante a internação e após a alta hospitalar (seguimento ambulatorial) favorecem as taxas de amamentação em crianças nascidas prematuramente.

Estudo realizado por Azevedo, Cunha (2013) aponta como um fator de proteção para o início da amamentação exclusiva do prematuro em domicílio a não utilização

da chupeta, assim, cabe aos profissionais da área da saúde conscientizar os pais Quanto à essa conduta.

O leite ordenhado deve ser oferecido à criança de preferência utilizando-se o copo para evitar confusão de bicos pelo recém-nascido. A posição ideal para colocar o bebê para ofertar o leite pelo copinho é a posição sentada no colo, com a cabeça formando um ângulo de noventa graus com o pescoço, e após encostar a borda do copo no lábio inferior do bebê e deixar o leite materno tocar o lábio dele. O recém-nascido fará movimentos de lambida do leite, seguidos de deglutição.

É recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o uso do copinho como método alternativo para a suplementação alimentar da criança e com isso promover e apoiar a prática social da amamentação exclusiva, pois evita o contato precoce do bebê com outros bicos que não o peito materno, diminuindo assim o desmame relacionado ao uso da mamadeira (MATALOUN *et al.*, 2004; SCOCHI *et al.*, 2010; PACHECO *et al.*, 2012).

Estudo realizado por López *et al* (2014) faz uma comparação do uso do copo em relação ao uso da mamadeira durante a primeira oferta de alimento por via oral, em recém-nascidos prematuros. Apresentaram melhor desempenho de deglutição com o uso da mamadeira em relação ao copo. Os achados sugerem que o primeiro comportamento é inato e que as crianças estavam preparadas para sugar no momento da avaliação, enquanto o uso do copo requer treinamento, o que é importante ressaltar a necessidade de treinamento da equipe e dos pais quanto à técnica adequada para o uso do copo para minimizar os riscos de broncoaspiração.

Portanto, cuidados com a posição do copo e o volume do leite é importante, tendo em vista a capacidade de sorver e de lambe do bebê (PACHECO *et al.*, 2012).

Muitas vezes as mães em domicílio optam por utilizar a mamadeira para saber exatamente o volume de leite ingerido, pois sentem inseguras em relação ao volume de leite tomado e, da suficiência da mamada para a nutrição da criança (ROLIM *et al.*, 2008; SOUZA; TESIN; ALVES, 2010).

Em relação à atividade da vida respiração e morte os pais devem atentar em caso de engasgo, observar coloração da pele, presença de cianose, e a técnica que pode ser utilizada para desobstrução. Posicionar a cabeça do recém-nascido lateralmente

para drenar o alimento para a boca, evitando que o alimento retorne para o pulmão. Mostra o medo da morte dos familiares com a prematura.

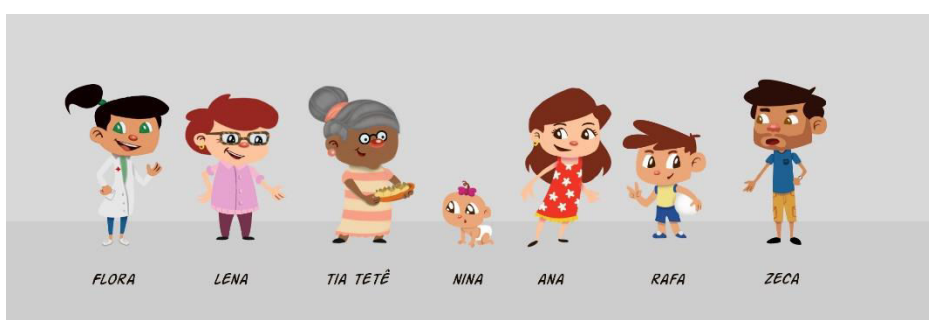
De acordo com Nunes, Abdala, Beghetto (2013), as afecções respiratórias são as principais causas de reinternação hospitalar até um ano de idade corrigida. Sendo assim, a prematuridade, por si só, pode ser um fator de risco independente de alteração pulmonar posterior. A vacinação, no entanto, constitui uma estratégia eficaz para prevenção de doenças infectocontagiosas, que são muito graves quando acometem crianças pequenas e prematuras (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009).

O sentimento de medo, ansiedade, preocupação e incerteza afetam o autoconceito e o funcionamento familiar, pois se mobilizam, muitas vezes inconscientemente, por sentirem-se ligados a uma criança que poderá morrer a qualquer momento (BORCK; SANTOS, 2012).

É preciso saber compreender o sentimento de revolta, culpa, e incapacidade dos pais por não encontrarem respostas para o nascimento do bebê prematuro. A perda do bebê imaginado implica na morte dos planos e sonhos que por hora foram interrompidos e jamais serão substituídos, mesmo que planejem e tenham outros filhos (SILVA; SALES, 2012).

Para a produção da animação gráfica, definiu-se os objetos que consistiram na criação da família de personagens composta por: Nina – o bebê prematuro; Ana – sua mãe; Zeca (José Carlos) – seu pai; Rafa (Rafael) – seu irmão mais velho (7 anos); Lena – mãe de Ana, Tetê (Tereza) – tia-avó de Zeca.

Figura 2 - Família de personagens.



Quanto à caracterização dos juízes que participaram do processo de validação verificou-se que 90,9% eram do sexo feminino, tinham idade média de 31 anos,

tendo o profissional mais novo 24 anos e o mais velho 54 anos. Quanto à profissão 63,64% era enfermeiro, 22,72% médico, 9,1% fisioterapeuta e 5,54% fonoaudiólogo; tinham em média 11,27 anos de formado (variando de 2 a 30 anos); tempo de prática clínica média de 7,7 anos (2 a 26 anos); 100% possuíam especialização na área neonatal e desses 27,28% também tinham mestrado.

O instrumento para avaliação do conteúdo e aparência constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático; Diálogos; Estilo visual (estética); Público alvo e Relevância que são apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 1 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o conceito de ideia.

Conceito da ideia	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Conteúdo temático é relevante e atual?	22	100	0	0
Conteúdo coerente com objetivo de orientar os familiares sobre os cuidados domiciliares ao prematuro?	22	100	0	0
Objetivo da animação é coerente com a realidade da prática de enfermagem?	22	100	0	0
O contexto em que a animação se passa é evidente desde o primeiro momento?	21	95,45	1	4,54
As premissas/informações expostas estão corretas?	18	81,82	4	18,18
As informações são compreensivas?	22	100	0	0
As informações são suficientes?	14	63,64	8	36,36
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com prematuros?	21	95,45	1	4,54
Adequado para ser usado por profissional de saúde?	21	95,45	1	4,54
O conteúdo aborda comportamentos?	21	95,45	1	4,54
Propõe ao público alvo mudança de comportamento?	21	95,45	1	4,54
Propõe aos familiares sentirem-se mais seguros e confiantes para cuidar do prematuro?	22	100	0	0
Acredita que poderá melhorar o conhecimento acerca dos cuidados com o prematuro?	22	100	0	0

Em relação a avaliação geral da ideia verificou-se que 54,54% considerou excelente, 40,9% ótimo e 4,54% bom. Os juízes referem que a proposta é ótima e sugeriram que outros cuidados sejam incluídos como no engasgo e após amamentar, conforme os relatos a seguir:

*Boa para leigos, falta explicar melhor as complicações e intercorrências. A18*

*Adorei a proposta acho que poderá ser criada cartilhas adaptadas com as temáticas apresentadas para serem disponibilizadas aos familiares. A10*

*Diferenciar engasgo com criança roxa (houve alteração do respiratório), deve-se manter vias aéreas pérvias, restabelecer padrão respiratório. A20*

*Sugiro incluir cuidados após o bebê mamar. A21*

Tabela 2 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a construção dramática.

Construção dramática	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Ponto de partida do roteiro tem impacto?	19	86,36	3	13,64
A apresentação do roteiro é agradável?	21	95,45	1	4,54
As cenas refletem estereótipos ou discriminação?	5	22,72	17	77,27
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?	20	90,90	2	9,10
O vídeo motiva os familiares a aprenderem?	22	100	0	0

Quanto à avaliação geral da construção dramática observou-se que 31,82% considerou excelente, 54,54% ótimo e 13,64% bom. E os juízes apontaram que o roteiro levanta possíveis dúvidas e as esclarece, contribui no aprendizado dos familiares, no entanto para os profissionais de saúde o conteúdo é conhecido.

*De forma clara, apresenta a família orientada na forma como aborda o RNPT os cuidados durante a amamentação ou na alimentação através do copinho, forma de armazenamento do leite e as situações de risco que pode acontecer e o que deve proceder para resolvê-las. A4*

*Tomar cuidado com o uso excessivo da mamadeira. A6*

Tabela 3– Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o ritmo.

Ritmo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Cada cena motiva a próxima?	21	95,45	1	4,54

Na avaliação geral do ritmo notou-se que 45,45% considerou excelente, 40,9% ótimo e 13,64% bom. Os juízes não fizeram comentários acerca desse tema.



Tabela 4 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os personagens.

Personagens	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe empatia com as personagens?	22	100	0	0
A apresentação das personagens é adequada?	21	95,45	1	4,54
Os personagens lembram os familiares da realidade a qual o vídeo se propõe?	22	100	0	0

Em relação a avaliação geral dos personagens verificou-se que 45,45% considerou excelente, 45,45% ótimo e 9,10% bom. Um juiz apontou que a importância de inserir vários membros da família e outro juiz refere que a personagem Tetê (tia-avó) parece atrapalhar.

*Mostra que quando se tem uma boa orientação, todos os cuidados se tornam fáceis, devem inserir grande parte da família para que não tenha conflitos de opiniões. A4*

*Fiquei cismada com tia Tetê, parece que só atrapalha. A22*

Tabela 5 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o potencial dramático.

Potencial dramático	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe emoção?	22	100	0	0
Existem surpresas?	21	95,45	1	4,54

Na avaliação geral do potencial dramático notou-se que 45,45% considerou excelente, 40,9% ótimo e 13,64% bom. Segundo um juiz os desenhos demonstravam os cuidados em situações de risco para o recém-nascido.

*Demonstra os cuidados em situações de risco que o RN pode apresentar (engasgos, vômitos), e como proceder. A4*

Tabela 6 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os diálogos.

Diálogos	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Os diálogos têm naturalidade?	22	100	0	0
As personagens têm vocabulário adequado?	22	100	0	0
O estilo de voz ativa é utilizado?	21	95,45	1	4,54
Há conclusão nos diálogos?	20	90,90	2	9,10

Quanto à avaliação geral dos diálogos observou-se que 27,27% considerou excelente, 59,10% ótimo e 13,64% bom. E os juízes apontaram que faltou algumas conexões entre os diálogos, enquanto outro refere que algumas figuras e diálogos foram chaves para a compreensão.

*Algumas figuras e diálogos são pontos chaves no roteiro. A4*

*Não houve identificação da temporalidade, sai de uma situação e entra em outra, sem haver anúncio. A20*

*Se troca de assunto sem gancho. A22*

Tabela 7 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o estilo visual.

Estilo visual	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
As cenas refletem aspectos importantes do cuidado domiciliar ao prematuro?	22	100	0	0

Na avaliação geral do estilo visual notou-se que 40,9% considerou excelente, 50,0% ótimo e 9,10% bom. Segundo um juiz os desenhos facilitam a compreensão do espectador.

*As figuras estimulam o prosseguimento. A4*

Tabela 8 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o público alvo.

Público alvo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O conteúdo tem relação direta com o público alvo?	22	100	0	0
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta?	22	100	0	0
A linguagem está compatível com o nível de conhecimento do público alvo?	21	95,45	1	4,54

Em relação a avaliação geral do público alvo verificou-se que 50,0% considerou excelente, 36,36% ótimo e 13,64% bom. Um juiz apontou que a linguagem era objetiva.

*Linguagem objetiva. A4*

Tabela 9 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a relevância.

Relevância	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O roteiro da animação ilustra aspectos importantes da temática em estudo?	22	100	0	0
As cenas são relevantes para que os pais e familiares possam conhecer os cuidados domiciliares com os recém-nascidos prematuros?	22	100	0	0
O roteiro traz um resumo ou revisão?	20	90,90	2	9,10

Na avaliação geral do estilo visual notou-se que 40,9% considerou excelente, 50,0% ótimo e 9,10% bom.

Ao final do preenchimento do formulário de avaliação os juízes escreveram algumas sugestões gerais que seguem abaixo:

*Poderia ter mais figuras sobre a forma de armazenamento do leite, falar sobre a mamadeira e as chupetas (quais os riscos), melhores posicionamentos durante a administração do copinho. Formas melhores para acalmar o bebê. A4*

*Mais uma vez os familiares parecem perdidos quanto aos cuidados, diferentemente da mãe e do pai. Nessa animação faltaram muitas explicações, 1. sobre qual mama oferecer em cada mamada e por que? 2.*

*sobre como deve ser o armazenamento do leite ordenhado, 3. sobre como deve ser feito com o leite refrigerado antes de ser oferecido ao recém-nascido, 4. como deve de fato ser a técnica do copinho. A12*

*Abordar a posição para alimentação no copinho, semi-sentada. Após a mamada orientar a colocar o bebê para eructar. A16*

*Na página 3, Ana acaba de amamentar Nina, sugiro acrescentar Nina arrotando, e coloca-la no berço com a cabeceira elevada, na posição dorsal. Além de reforçar a importância deste cuidado, dá ideia que Ana não continua amamentando durante a novela. A21*

A utilização de uma tecnologia educativa tem o objetivo de auxiliar no aprendizado dos pais, fazendo com que desenvolvam o senso de responsabilidade durante o atendimento ao recém-nascido, ensinando sobre o modo mais adequado de prestar cuidados e responder às necessidades da criança, diminuindo o estresse, evitando readmissões e buscando recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta (NIETSCHE *et al.*, 2012).

A abordagem educativa se concretiza como um espaço no qual as pessoas são coparticipantes do processo de educação em saúde, autogeradoras da aprendizagem e, por meio de uma relação horizontal e dialógica, compartilham novos saberes e novas tomadas de consciência (PRADO *et al.*, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo construiu e validou uma animação gráfica educativa sobre cuidados para as atividades de vida alimentar e beber, respirar e morrer do recém-nascido prematuro em domicílio. A maioria dos itens obteve uma concordância acima de 80%, apenas o item “As informações são suficientes?” teve 63,64%.

A validação pela leitura do *storyboard* possibilitou vislumbrar a necessidade de modificações em cenas e diálogos de forma mais clara e minuciosa. Tendo em vista que alguns detalhes específicos poderiam não ser observados durante a exibição do desenho animado.

Quanto ao ensino e a educação em saúde, o uso dessa tecnologia favorece aos familiares a aquisição de conhecimento sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro. Essa tecnologia pode ser aplicada em ambiente hospitalar assim

como na atenção primária a saúde e nos ambulatorios de follow-up, auxiliando os profissionais de saúde nas estratégias de educação em saúde fazendo com que possam aplicar o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo acerca de suas ações.

As sugestões dos juízes foram atendidas e corrigidas nos *storyboard*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe--canguru**. 2. Ed. Brasília, 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. **Guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.

AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C.. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Clinical & Biomedical Research**, v. 33, n. 1, p. 49-49. may. 2013. Disponível em: <<http://seer.ufg.br/index.php/hcpa/article/view/37653>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 263-269, June 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200008&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Dec. 2016.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

CZECHOWSKI, A. L. et al. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Rev. soc. bras. fonoaudiol**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 572-577, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151680342010000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151680342010000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2016.

FONSECA, L. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para família**. 3.ed. Cartilha educativa. São Paulo, 2012. Disponível em:<<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2016.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, Jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun. 2016.

HEARN, D.; BAKER, M. **Computer Graphics with OpenGL, third edition**. New Jersey: Prentice-Hall, 2004.

KOERICH, M. H. A. L. et al. Produção tecnológica Brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 736-743, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Aug. 2016.

LOPEZ, C. P. et al. Avaliação da deglutição em prematuros com mamadeira e copo. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 81-86, Feb. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S231717822014000100081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822014000100081&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 June 2016.

MATALOUN, M, M, G, B.; LEONE, C, R.; ONO, N. VAZ, F. A. C. Repercussões neonatais do uso do leite materno com aditivos e formulas para pré-termos em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer. **Pediatria**, v. 26. p. 247-56. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=404463&indexSearch=ID>>Acesso em: 09 mai. 2016.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. Home care of the premature baby. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en\\_a04v22n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a04v22n1.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

MOREIRA, A. P. et al. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 528-534, jul/ago. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015.

NIETSCHE, E. A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

NIETSCHE, E. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13. n. 3, p. 344-353, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf.v.13.n.3.p.344-353/r/lae/v13n3/v13n3a09.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

NUNES, C. R.; ABDALA, L. G.; BEGHETTO, M. G.. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 21-27, dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472013000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

PACHECO, S. T. A. et al. Significado do uso do copinho em unidade de terapia intensiva neonatal: a vivência materna. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 434-8, Out/dez. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4674/3453> Acesso em: 09 mai.2016.

PRADO, M. L. et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de Mestrado. **Texto Contexto enferm**, Florianopolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a10v18n3>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

RODRIGUÊS, JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares**, 2014 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROLIM, K. M. C. et al. Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza – CE. **Rev RENE**, v. 9, n. 2, p. 54-63, 2008 abr/jun. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962007.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

ROPER, N, LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **O modelo de enfermagem Roper Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi, 2001.

SANTORO, J. W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr**, v. 83, n. 6, p. 541-6, 2007.

SCOCHI, C.G.S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.4, p. 540-5, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/15.pdf>> Acesso em: 09 mai. 2016.

SILVA, J. D. D.; SALES, C. A. Ao imaginário ao real: A experiência de pais enlutados. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1142-51, 2012. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/76/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/76/pdf)> Acesso em: 04 jun. 2016.

SOUZA, K. V.; TESIN, R. R.; ALVES, V. H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 608-613, Oct. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2016.

## 5.4 ARTIGO 3

### **ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE DESENHO ANIMADO EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS COM ELIMINAÇÃO, HIGIENE E TEMPERATURA DO PREMATURO**

#### **INTRODUÇÃO**

O nascimento prematuro é uma agressão ao feto, considerando que na última etapa intrauterina, os órgãos estão em fase de desenvolvimento, com imaturidade morfológica e funcional (KLOCK; ERDMANN, 2012). É considerado recém-nascido pré-termo ou prematuro todo aquele que nasce depois da 20ª semana e antes de se completarem as 37 semanas de idade gestacional. Esses bebês apresentam órgãos e sistemas imaturos, os quais terão de assumir as respectivas funções, embora ainda não estejam preparados para tal (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

A alta hospitalar do prematuro requer cuidados especiais devido sua maior fragilidade orgânica e emocional, exige, também, conhecimento e estabelecimento de uma assistência direcionada às suas necessidades, abrangendo um atendimento específico durante sua internação e a continuidade dessa assistência em domicílio (BARROSO; PONTES; ROLIM, 2015).

Sendo assim, esse planejamento de alta hospitalar deve envolver várias outras questões, como a estabilidade e o bem-estar do recém-nascido, a capacidade da família de cuidá-lo, a existência de políticas públicas que deem suporte ao acompanhamento a esses bebês e os exponham menos ao risco de morbimortalidade, ter acesso aos serviços de suporte na comunidade, como acesso aos serviços de saúde (MORAIS; QUIRINO; ALMEIDA, 2009). Assim, torna-se pertinente o desenvolvimento de tecnologias educacionais como ferramentas de aprendizagem para a família acerca do cuidado ao recém-nascido no domicílio após a alta hospitalar (ALMEIDA, SILVA, 2008).

A tecnologia educacional pode ser entendida como um meio de planejar, implementar e avaliar o processo de aprendizagem, além de instruir a partir de objetivos específicos, baseados em estudos voltados para aprendizagem humana, comunicação e materiais, de forma que torne a instrução mais precisa (MOREIRA *et al.*, 2014). O jogo como uma tecnologia de educação é capaz de direcionar o



indivíduo para o desenvolvimento de uma atitude crítica, possibilitando assim, a mudança (OLIVEIRA, 2011).

Estudo relatando a experiência da construção de um software educativo na área da saúde mental, observou que ele possui muitas vantagens, como uma busca mais dinâmica por parte dos estudantes, mais agilidade na busca por informações, ganho de tempo e melhora do processo de ensino-aprendizagem, porém importante destacar que esta fonte de consulta não substitui as outras fontes de pesquisa (BOTTI *et al.*, (2012). Outra tecnologia que traz vantagens, refere-se as filmagens ou vídeos que ajudam no comportamento desejado, auxiliam na aquisição de conhecimento, amenizam a ansiedade do espectador e contribuem com o autocuidado (KROUSE, 2001).

O recurso de animação gráfica como um suporte informativo, o qual utiliza texto, som, imagem e um diálogo interativo proporciona para as pessoas que assistem um ambiente virtual com experiências multissensoriais e aprendizado (COLLARES *et al.*, 2009).

Assim, considerando a escassez de estudos voltados para o desenvolvimento de tecnologias em saúde na área neonatal e, levando em conta as inúmeras vantagens produzidas por esse método esse estudo tem como objetivo elaborar e validar uma animação gráfica educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro relacionados às atividades de eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em três etapas: identificação dos cuidados domiciliares ao prematuro; construção da animação gráfica e validação da tecnologia educativa.

Na primeira etapa para a identificação dos cuidados foi realizada uma revisão integrativa da literatura, direcionada para a seguinte questão norteadora: Quais são as orientações de cuidados ao recém-nascido prematuro na alta hospitalar?

Essa revisão utilizou como critérios de inclusão: artigos científicos extraídos das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com os descritores: “nursing care, patient discharge, neonatal nursing, infant premature, publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, que tratassem da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar. Como critérios de exclusão estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, dissertações, monografias, teses, cartas ao editor, estudos de reflexão e artigos sem resumo disponível.

As buscas foram realizadas, de forma independente, por dois pesquisadores. A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Vale destacar que, em situações de divergências, após discussões, buscou-se o consenso. Os artigos incluídos que não estavam disponíveis, inicialmente, foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram encontrados 96 artigos na *LILACS* e 329 na *MEDLINE*. Do total de 425 artigos foram excluídos 02 sem o resumo disponível. Dos 423 resumos foram excluídos 84 artigos repetidos e 201 por não atenderem aos critérios de inclusão, ficando 138 artigos elegíveis. Após a leitura dos artigos completos foram excluídos 85 que não tratavam da temática cuidados a recém-nascidos prematuros na alta hospitalar, sendo incluído no estudo 30 artigos qualitativos e 23 quantitativos, totalizando 53 artigos. Esses artigos foram lidos exaustivamente, de modo a destacar os cuidados ao recém-nascido prematuro. Os dados foram organizados em planilhas, categorizando os cuidados de acordo com as atividades cotidianas da vida de Roper, Logan e Tierney (2001).

Na segunda etapa utilizou-se para a construção da animação gráfica quatro fases: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave (HEARN; BAKER, 2004). As duas primeiras fases corresponderam ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva. Utilizou-se os programas Adobe Illustrator, Adobe Photoshop e Adobe After Effects.

Para a elaboração do roteiro textual utilizou-se os 53 artigos e consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia. O roteiro textual foi adequado e corrigido por uma professora doutora do Departamento de Línguas e Letras e do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Espírito Santo. E a tecnologia educativa foi produzida pela equipe de design do laboratório LOOP (Laboratório e Observatório de Ontologias Projetuais) do Curso de Graduação em Design da Universidade Federal do Espírito Santo.

Foram produzidos três *storyboards*: o primeiro tratou das atividades cotidianas: manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir-se. O segundo retratou as atividades: alimentar e beber, respirar e morrer. E o terceiro as atividades: eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal. Nesse artigo será apresentado o terceiro *storyboard*.

Essas atividades foram organizadas de forma que dessem um sentido ao roteiro, atentando a quantidade de temas que seriam abordados em cada atividade cotidiana da vida, uma vez que uma animação gráfica longa não mantém a atenção do receptor.

Na terceira etapa para a validação do *storyboard* da animação gráfica foi realizado avaliação de conteúdo e aparência por juízes, que foram selecionados segundo os critérios de inclusão: profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, serviço social) do setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com experiência clínica, no mínimo dois anos, na área de neonatologia ou com curso de especialização, residência, mestrado ou doutorado com ênfase em neonatologia.

Após a seleção dos juízes com base nos critérios mencionados, foi entregue pessoalmente uma carta-convite que trazia informações a respeito do objetivo do estudo e sobre a forma como se daria a participação. Após aceitar participar do estudo, foi agendando um encontro para realizar a validação. Nessa reunião foi explicado todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A duração do encontro presencial foi, no máximo, de duas horas, a fim de evitar o cansaço. É importante ressaltar que a pesquisadora foi à mediadora do grupo.

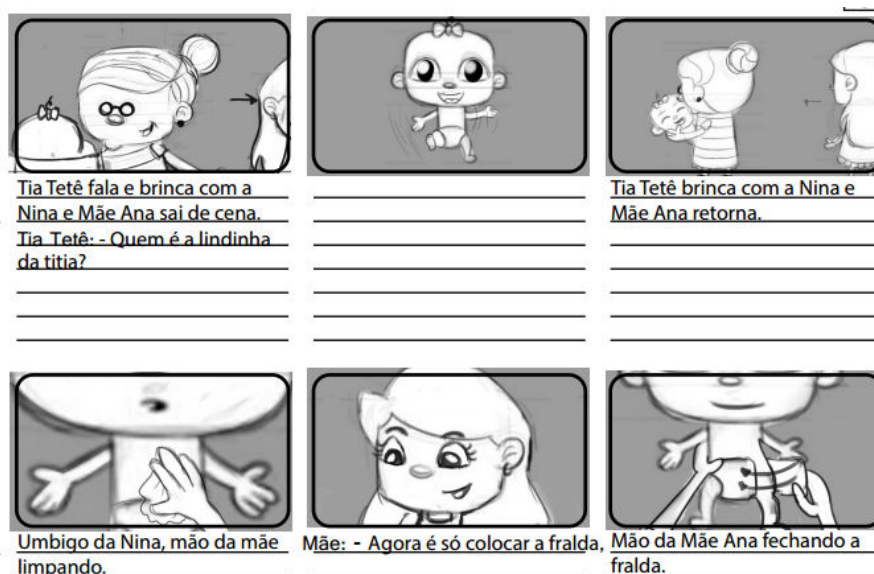
Foram elaborados dois instrumentos de coleta de dados, sendo o primeiro para caracterização dos juízes e o segundo para avaliação do conteúdo e aparência do *storyboard* para a construção da animação gráfica. O segundo instrumento para avaliação do conteúdo foi organizado a partir do formulário de Rodrigues Junior (2014) com adaptações conforme Comparato (2009). O roteiro de Comparato (2009) é utilizado para avaliação de vídeos em concursos e está disponibilizado para uso livre. O instrumento constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático; Diálogos; Estilo visual; Público alvo e Relevância.

No instrumento voltado para a validação do conteúdo e da aparência do *storyboard*, os juízes emitiram concordância relativa aos enunciados assinalando com um “x” em SIM ou NÃO. Nos casos de discordância, o especialista preencheu um espaço destinado às observações e sugestões de modificações. Foram considerados validados os itens que obtiverem uma concordância acima de 80%, os itens que tiveram médias inferiores ao esperado foram modificados.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob nº 1.794.528.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *storyboard* da animação gráfica que trata das atividades cotidianas eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal possui 90 quadros. A Figura 1 exemplifica o *storyboard* com algumas cenas e falas.

Figura 1 – Recorte do *storyboard*.

O terceiro *storyboard* aborda os cuidados com higiene pessoal e vestuário, ensina a como proceder a troca de fralda do recém-nascido. Orienta aos familiares a utilizar algodão ou fralda de pano umedecido na água para a higiene perineal, inicia-la pela área da sínfise púbica para a região retal, para prevenir a infecção urinária.

Em relação à troca de fralda, aconselha-se fazê-la com frequência, uma vez que a pele do bebê prematuro é mais fina e sensível, podendo ocasionar dermatite de contato e gerar incômodo e sofrimento a criança. Se for menino, é indicado retrair o prepúcio delicadamente para limpá-lo, evitando machucar a região (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Ao higienizar a genitália feminina, os familiares devem abrir delicadamente os grandes lábios para retirar os resíduos de fezes e urina que se acumulam, e sempre limpar do sentido da frente para trás. Ainda de acordo com Fonseca, Scochi (2012), é importante secar bem a região e ajustar a fralda de forma que não fique muito apertada, pois pode incomodar o bebê, e assim faz com que não favoreça a abdução exagerada do quadril.

Também é aconselhado na troca de fralda colocar o bebê em decúbito elevado (posição antirrefluxo), devendo ser rolado lateralmente de um lado para o outro, retirando-se a fralda e fazendo a higiene. Importante conscientizar os familiares para não elevarem as pernas do recém-nascido, evitando assim aumentar a pressão

abdominal, favorecendo o refluxo gastresofágico e a broncoaspiração (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2011) é importante orientar aos familiares do recém-nascido a necessidade de observar a coloração da urina do neonato e o número de micções durante o dia, se realiza mais de seis vezes. Em relação a eliminação intestinal nos primeiros dias costumam ser escuras, ficando amareladas durante a primeira semana de vida. A evacuação também pode ser líquida e, às vezes esverdeada. Não é considerado como diarreia se a criança estiver sem sintomas. Cabe ressaltar a necessidade de os pais reconhecerem o sinal de alarme quando as fezes estiverem claras e quando a urina estiver escura.

Reforça-se na animação a necessidade da troca frequente da fralda do recém-nascido, devido à pele do recém-nascido prematuro ser mais fina e sensível, podendo ocorrer (dermatite de contato) lesão na pele, pelo fato da urina e das fezes serem secreções ácidas. Orientado a higiene com lenço umedecido esporadicamente, para evitar lesão de pele no recém-nascido.

Os recém-nascidos prematuros têm pele mais fina e gelatinosa, contendo pouca camada do estrato córneo. Consequentemente, a pele oferece menos proteção ou barreira às agressões externas, como toxinas e agentes que possam causar infecções (TAMEZ, 2013). Essa imaturidade da pele do bebê pré-termo apresenta comprometimento, facilitando, portanto, a absorção de substâncias aplicadas no corpo, as quais permanecem na corrente sanguínea por período mais prolongado, devido ao estado precoce dos órgãos excretadores, aumentando, assim, os riscos de toxicidade (MARTINS; TAPIA, 2009; ROLIM *et al.*, 2009).

Ainda no que se refere à higiene pessoal e vestuário aborda a realização do banho humanizado. Para inicia-lo deve-se primeiro separar todo o material necessário, fechar portas e janelas para evitar a corrente de ar e higienizar as mãos da pessoa que irá realizar o procedimento. O banho humanizado é indicado até pelo menos 2500g, ele contribui com melhor organização do neonato, menor perda de calor, diminuição do gasto energético, e consequentemente auxilia no ganho de peso. Deve-se utilizar sabão neutro apenas três vezes na semana até o recém-nascido completar dois meses, e somente após este período utilizar o sabão neutro diariamente. Orientado aos familiares a secarem a pele do recém-nascido com

cuidado, sem friccioná-la, uma vez que a pele do bebê ainda é muito fina e pode machuca-la. Enfatizado a importância de secar bem as regiões cervical, axilar, e perineal, locais que podem ficar mais úmidas aumentando o risco de infecção fúngica.

A higiene corporal tem ação antimicrobiana e estética, promovendo conforto. Recomenda-se utilizar sabonetes neutros somente duas a três vezes na semana, a aplicação frequente do produto somente é recomendada após os dois meses de idade, quando a pele está mais resistente. Aconselha-se usar sabonete sem perfume ou corantes e evitar a utilização de sabonetes alcalinos, pois alteram o pH da pele, podendo destruir a camada ácida protetora da epiderme (TAMEZ, 2013).

Fonseca, Scochi (2012) ressalta alguns cuidados a serem tomados antes do banho do recém-nascido, como a higienização das mãos, preparo do material antecipadamente: toalha, sabonete, roupa, fralda e manta. É importante estar atento para a entrada de corrente de ar frio e verificar se a água não está quente demais, testando-a com os punhos.

Aborda-se também na animação que as roupas devem ser lavadas separadas das demais roupas dos familiares, com sabão neutro, e após estarem secas passar com ferro quente e não usar amaciante e sabão em pó, devido possuírem produtos químicos que podem dar alergias no neonato.

Em relação as roupas, objetos e brinquedos recomenda-se que sejam lavados com água e sabão neutro e bem enxaguados, evitando-se o uso de produtos perfumados (BRASIL, 2011).

Na animação explica-se que para manter o controle da temperatura corporal do prematuro, é importante a realização da postura canguru, que consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares pelo tempo que entenderem ser prazeroso e suficiente até o recém-nascido de baixo peso atingir 2500g. Também é aconselhado a agasalhar o recém-nascido, caso apresente extremidades cianóticas e frias, importante verificar a temperatura axilar.

Os recém-nascidos prematuros têm desvantagens em relação ao RN a termo no que diz respeito à manutenção da temperatura corporal, já que possuem menor

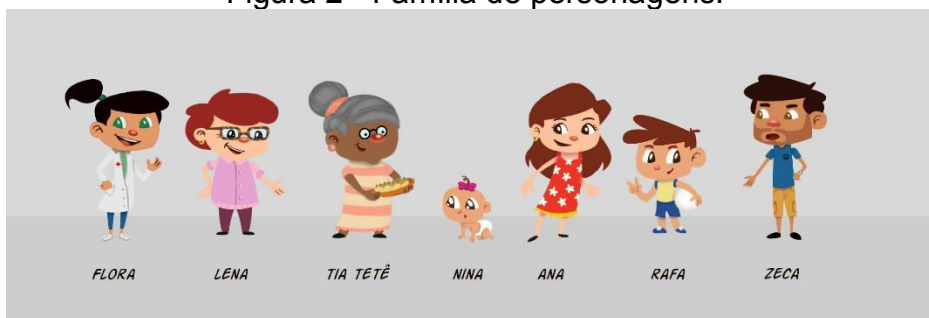
quantidade de tecido subcutâneo. Além disso, apresentam incapacidade de receber calorias suficientes para fornecer nutrientes à termogênese e ao crescimento (CLOHERTY *et al.*, 2015).

Sugere-se que o bebê prematuro seja sempre mantido bem aquecido, pois, a princípio, tem dificuldade de manter a temperatura. A melhor maneira de saber se o neonato está com frio é tocando a pele dele, observando se está fria, quente, marmórea, com manchas e extremidades com cianose. Essa última também pode ocorrer devido à dificuldade respiratória. Portanto, em caso de dúvida, aconselha-se verificar a condição térmica. Se estiver baixa, orienta-se colocar o bebê em postura canguru ou aquece-lo com um gorro e um casaco (FONSECA; SCOCHI, 2012).

Boundy *et al* (2016) fez uma comparação com o método convencional e o cuidado mãe canguru e observou a diminuição da mortalidade, principalmente entre os recém-nascidos de baixo peso, aumento da probabilidade de amamentação exclusiva até os quatro meses de idade e menor risco de sepse neonatal, hipotermia, hipoglicemia e readmissão após alta hospitalar. Além disso, as crianças que recebem cuidados mãe canguru melhoram os sinais vitais e têm melhores escores para dor. Por outro lado, os neonatos expostos à temperatura ambiente excessivamente alta ou ao hiperaquecimento provocado pelo uso de muitas roupas correm maior risco de síndrome da morte súbita do lactente (CLOHERTY *et al.*, 2015).

Para a produção da animação gráfica, definiu-se os objetos que consistiram na criação da família de personagens composta por: Nina – o bebê prematuro; Ana – sua mãe; Zeca (José Carlos) – seu pai; Rafa (Rafael) – seu irmão mais velho (7 anos); Lena – mãe de Ana, Tetê (Tereza) – tia-avó de Zeca.

Figura 2 - Família de personagens.





Em relação a caracterização dos juízes que participaram do processo de validação verificou-se que 90,9% eram do sexo feminino, tinham idade média de 31 anos, tendo o profissional mais novo 24 anos e o mais velho 54 anos. Quanto à profissão 63,64% era enfermeiro, 22,72% médico, 9,1% fisioterapeuta e 5,54% fonoaudiólogo; tinham em média 11,27 anos de formado (variando de 2 a 30 anos); tempo de prática clínica média de 7,7 anos (2 a 26 anos); 100% possuíam especialização na área neonatal e desses 27,28% também tinham mestrado.

O instrumento para avaliação do conteúdo e aparência constituiu-se de 9 itens: Conceito da ideia; Construção dramática; Ritmo; Personagens; Potencial dramático; Diálogos; Estilo visual (estética); Público alvo e Relevância que são apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 1 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o conceito de ideia.

Conceito da ideia	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Conteúdo temático é relevante e atual?	22	100	0	0
Conteúdo coerente com objetivo de orientar os familiares sobre os cuidados domiciliares ao prematuro?	22	100	0	0
Objetivo da animação é coerente com a realidade da prática de enfermagem?	22	100	0	0
O contexto em que a animação se passa é evidente desde o primeiro momento?	22	100	0	0
As premissas/informações expostas estão corretas?	19	86,36	3	13,64
As informações são compreensivas?	22	100	0	0
As informações são suficientes?	18	81,82	4	18,18
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com prematuros?	22	100	0	0
Adequado para ser usado por profissional de saúde?	21	95,45	1	4,54
O conteúdo aborda comportamentos?	22	100	0	0
Propõe ao público alvo mudança de comportamento?	21	95,45	1	4,54
Propõe aos familiares sentirem-se mais seguros e confiantes para cuidar do prematuro?	22	100	0	0
Acredita que poderá melhorar o conhecimento acerca dos cuidados com o prematuro?	22	100	0	0

Em relação a avaliação geral da ideia verificou-se que 45,45% considerou excelente, 50,0% ótimo e 4,54% bom. Os juízes referiram que a proposta era excelente e que aborda os cuidados de higiene, conforme os relatos a seguir:

*Enfatiza os cuidados na higiene do RNPT (troca de fraldas, banho, limpeza das roupas). A4*  
*A ideia é excelente. A22*

Tabela 2 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a construção dramática.

Construção dramática	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Ponto de partida do roteiro tem impacto?	20	90,90	2	9,10
A apresentação do roteiro é agradável?	21	95,45	1	4,54
As cenas refletem estereótipos ou discriminação?	4	18,18	18	81,82
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?	21	95,45	1	4,54
O vídeo motiva os familiares a aprenderem?	21	95,45	1	4,54

Quanto à avaliação geral da construção dramática observou-se que 36,36% considerou excelente, 54,54% ótimo e 4,54% bom. E os juízes apontaram que o roteiro é simples e traz o passo a passo de cuidados importantes para o recém-nascido.

*Roteiro simples mostrando passo a passo de alguns cuidados importantes como o banho e a troca de fralda (forma correta na higienização). A4*

Tabela 3– Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o ritmo.

Ritmo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Cada cena motiva a próxima?	21	95,45	1	4,54

Na avaliação geral do ritmo notou-se que 40,9% considerou excelente, 45,45% ótimo, 9,10% bom e 4,54% regular. Segundo os juízes o ritmo é adequado com uma boa sequência de cenas.

*A motivação é dada pelo desejo de saber por alguns desfechos frente a alguns cuidados que foram esquecidos pelos familiares. A4*

Tabela 4 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os personagens.

Personagens	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe empatia com as personagens?	21	95,45	1	4,54
A apresentação das personagens é adequada?	22	100	0	0
Os personagens lembram os familiares da realidade a qual o vídeo se propõe?	22	100	0	0

Em relação a avaliação geral dos personagens verificou-se que 50,0% considerou excelente, 40,9% ótimo e 13,64% bom. Não foram feitos comentários.

Tabela 5 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o potencial dramático.

Potencial dramático	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Existe emoção?	22	100	0	0
Existem surpresas?	20	90,90	2	9,10

Na avaliação geral do potencial dramático notou-se que 40,9% considerou excelente, 45,45% ótimo e 13,64% bom. Apenas um juiz sugere observar as reações do recém-nascido após o banho.

*Após o banho observar temperatura corporal e ficar atento a todas as reações do RNPT. A4*

Tabela 6 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo os diálogos.

Diálogos	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Os diálogos têm naturalidade?	22	100	0	0
As personagens têm vocabulário adequado?	22	100	0	0
O estilo de voz ativa é utilizado?	21	95,45	1	4,54
Há conclusão nos diálogos?	20	90,90	2	9,10

Quanto à avaliação geral dos diálogos observou-se que 36,36% considerou excelente, 54,54% ótimo e 9,10% bom. E os juízes apontaram que sempre havia alguém ajudando e explicando, por outro lado, alguns juízes referiram que faltou algumas conexões entre os diálogos.

*Sempre tem alguém que direciona os caminhos e a interação das pessoas é sempre importante, um acrescentando algo que foi esquecido. A4*

*Falta conclusão no diálogo final e explicação do que fazer quando há hipotermia. A12*

*Acaba um tema e entra outro direto, sem prévia do assunto a ser trabalhado. A20*

Tabela 7 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o estilo visual.

Estilo visual	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
As cenas refletem aspectos importantes do cuidado domiciliar ao prematuro?	22	100	0	0

Na avaliação geral do estilo visual notou-se que 40,9% considerou excelente, 45,45% ótimo e 4,54% bom. Não foram feitos comentários.

Tabela 8 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo o público alvo.

Público alvo	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O conteúdo tem relação direta com o público alvo?	22	100	0	0
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta?	22	100	0	0
A linguagem está compatível com o nível de conhecimento do público alvo?	21	95,45	1	4,54

Em relação a avaliação geral do público alvo verificou-se que 45,45% considerou excelente, 50,0% ótimo e 4,54% bom. Um juiz apontou que o texto era bem explicativo.

*Texto bem explicativo. A4*

Tabela 9 – Descrição da avaliação do conteúdo e da aparência do *storyboard* segundo a relevância.

Relevância	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
O roteiro da animação ilustra aspectos importantes da temática em estudo?	22	100	0	0
As cenas são relevantes para que os pais e familiares possam conhecer os cuidados domiciliares com os recém-nascidos prematuros?	22	100	0	0
O roteiro traz um resumo ou revisão?	19	86,36	3	13,64

Na avaliação geral da relevância notou-se que 54,54% considerou excelente, 36,36% ótimo e 9,10% bom. Não foram feitos comentários.

Ao final do preenchimento do formulário de avaliação os juízes escreveram algumas sugestões gerais, como acrescentar os cuidados com a cólica, dividir as cenas com títulos e acrescentar lavagem de mãos antes da troca de fraldas, seguem abaixo:

*Falar algumas manobras para aliviar cólica, falar da importância de manter a calma em todas as situações. A2*

*Cuidados em relação a cólica do prematuro, como por exemplo cólicas abdominais, exercícios com MMII, compressa morna, etc. Abordar estímulos ao desenvolvimento do RNPT. A16*

*Poderia fazer título para cada tema: troca de fraldas, cuidados com as roupas e banho do bebê. Separar melhor a história. Sugiro que os storyboard sejam trabalhados com os familiares, ainda na internação, após a alta já tenham conhecimento dos assuntos abordados nos cadernos. São muitos temas para serem vistos de uma única vez, precisam conhecer e processá-los, esclarecendo as dúvidas. A20*

*Antes de tocar em Nina, tia Tetê deveria ser instruída de lavar as mãos. Ela chegou da rua. Assim como o pai Zeca no primeiro momento, sem relógio, lavar as mãos. A21*

A Enfermagem, assim como as demais profissões da saúde, utiliza das tecnologias com objetivo de promover autonomia e independência de seus clientes, seja em instituições fechadas, na educação em saúde ou em qualquer ambiente (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

Cabe ressaltar que muitos profissionais não sabem como realizar o processo de validação de conteúdo das tecnologias, que consiste na determinação da representatividade e extensão com que os elementos de um instrumento de avaliação são relevantes, além de aferirem o que se pretende medir (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Logo, muitos materiais produzidos, como folder, cartilhas, manuais, apostilas e cadernos de orientação, são, muitas vezes, entregues sem antes serem testados e validados diretamente pela população (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

O processo de validação revela quanto material que se pretende empregar tem relevância e credibilidade. Para isto, considera-se que a primeira fase deve haver a construção de um instrumento e a segunda fase a avaliação desse por meio da análise por especialistas (DODT; XIMENES; ORIA, 2012, p. 230).

A abordagem educativa se concretiza como um espaço no qual as pessoas são coparticipantes do processo de educação em saúde, autogeradoras da aprendizagem e, por meio de uma relação horizontal e dialógica, compartilham novos saberes e novas tomadas de consciência (PRADO *et al.*, 2009).

Assim, o acolhimento dos pais na UTIN objetiva instituir uma relação humanizada da assistência, visando uma identificação de necessidades e uma busca de formação de vínculo (COSTA; LOCKS; KLOCK, 2012). É aconselhado que a equipe de saúde considere o momento vivido pelos familiares, ajudando-os a superarem as dificuldades e oferecendo-lhes suporte, de modo a facilitar a continuidade do cuidado ao bebê após a alta hospitalar (PACHECO *et al.*, 2013). Além disso, o diálogo e a interação do profissional enfermeiro com a família do prematuro possibilitam conhecer o contexto social, cultural e econômico, além de capacitar e estimular os familiares para a realização dos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar (VIEIRA; MELLO, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo elaborou e validou um *storyboard* para a construção de uma animação gráfica educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro relacionados às atividades de eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal considerando que todos os itens obtiverem uma concordância acima de 80%.

Conclui-se que a animação gráfica sobre os cuidados domiciliares ao prematuro pode se tornar uma alternativa motivadora e adequada para abordagens de educação em saúde em grupo, uma vez que é uma tecnologia educacional inovadora de apoio ao ensino-aprendizagem acerca dos cuidados neonatais para pais e familiares que irão cuidar do prematuro no domicílio e poderá ser utilizada como uma técnica para disparar o diálogo entre os familiares e os profissionais.

Ressalta-se a necessidade de elaboração de novas tecnologias pela enfermagem, principalmente tecnologias educacionais, para se dinamizar e inovar as abordagens de educação em saúde e conquistar a atenção dos clientes.

Espera-se que essa animação possa contribuir na construção do conhecimento acerca dos cuidados ao prematuro, facilitando o esclarecimento de dúvidas e transformando a aprendizagem com situações atrativas, estimulando a capacidade de análise crítica-reflexiva das pessoas que assistirem ao desenho animado.

As sugestões do juízes especialistas foram atendidas e corrigidas no *storyboard*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe--canguru**. 2. Ed. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da criança. Passaporte da cidadania**. 7. Ed. Brasília, 2011.

BARROSO, M. L.; PONTES, A. L. D.; ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Rev. RENE**, v. 16, n. 2, p. 168-175, 2015.

BOTTI, N. C. L.; CARNEIRO, A. L. M.; ALMEIDA, S. A. PEREIRA, C. B. S. Construção de um software educativo sobre transtornos da personalidade. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1161-1166, nov/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a26.pdf>> Acesso em: 17. Out. 2015.

BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 137, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/12/22/peds.2015-2238>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev Eletr Enf** [online], v. 10, n. 2, p. 513-20, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>> Acesso em: 01 ago. 2016.

CLOHERTY, E. C et al. **Manual de Neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

COLLARES, P. M. C. et al. Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo. **Acta Fisiatr**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 110-115, 2009.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

COSTA, R.; LOCKS, M.; KLOCK, P. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 335-60, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382>>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev Esc enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 199-204, Mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jul. 2016.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIA, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2015.

FONSECA, L. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para família**. 3.ed. Cartilha educativa. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2016.



HEARN, D.; BAKER, M. **Computer Graphics with OpenGL, third edition**. New Jersey: Prentice-Hall, 2004.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, feb. 2012 Disponível em: <http://periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40916/44399>> Acesso em: 20 jun. 2016.

KROUSE, H. J. Video modelling to educate patients. *Journal of Adv Nurs. Florida (USA)*. v. 33, n. 6, p. 748-757. 2000. Disponível em: <[http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.13652648.2001.01716.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.13652648.2001.01716.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)>. Acesso em: 13. Out. 2015.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V.. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 778-783, Oct. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672009000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Mai. 2016.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. Home care of the premature baby. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en\\_a04v22n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a04v22n1.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

MOREIRA, A. P. et al. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 528-534, jul/ago. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>> Acesso em: 01 de ago. 2016.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a26v47n1.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015.

PACHECO, S. T. D. A. et al. O manejo da dor em recém-nascidos prematuros sob a ótica dos pais: uma contribuição para enfermagem. **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 5, n. 1, p. 3352-3359, 2013.

PRADO, M. L. et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de Mestrado. **Texto Contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a10v18n3>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

RODRIGUÊS, JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares**, 2014 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROLIM, K. M. C et al. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele no recém-nascido. **Rev. Enferm**, v. 17, n. 4, p. 544-9, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a16.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ROPER, N, LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **O modelo de enfermagem Roper Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi, 2001.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VIEIRA, C, S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto enferm**, v. 18, n.1, p. 74-82, 2009.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo descreveu a construção e validação de três animações gráficas acerca dos cuidados ao prematuro, sendo a primeira relacionada a manter ambiente seguro, mobilizar-se, comunicar, dormir, trabalhar e divertir. A segunda as atividades de vida alimentar e beber, respirar e morrer do recém-nascido prematuro em domicílio. E a terceira relacionada às atividades de eliminação, higiene pessoal e vestuário, e controle da temperatura corporal.

Os *storyboards* das animações foram validados por especialistas na área de neonatologia e a maioria dos itens obteve uma concordância acima de 80%, apenas o item “As informações são suficientes?” não alcançou 80% no primeiro e segundo *storyboards* e a pergunta “O roteiro traz um resumo ou revisão?” alcançou 77,27% no primeiro *storyboard*.

A validação pela leitura do *storyboard* possibilitou vislumbrar a necessidade de modificações em cenas e diálogos de forma mais clara e minuciosa. Tendo em vista que alguns detalhes específicos poderiam não ser observados durante a exibição do desenho animado.

Acredita-se que essas inovações tecnológicas possam colaborar para melhor compreensão e assimilação das informações pelos familiares do neonato, assim como instigar dúvidas e questionamentos. Além de contribuir com a equipe de enfermagem, pois padroniza as orientações de cuidados ao prematuro em domicílio, amenizando, assim, a ansiedade dos pais, principalmente, relacionadas às instruções controversas.

Assim, espera-se que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros poderão com este recurso da animação gráfica contribuir com a proteção e a promoção da saúde dos recém-nascidos, uma vez que proporciona uma maior interação da equipe de enfermagem com os familiares, com o levantamento de problemas e planejamento de intervenções de enfermagem de forma individualizada.

Quanto ao ensino e a educação em saúde, o uso dessa tecnologia favorece aos familiares a aquisição de conhecimento sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro. Essa tecnologia pode ser aplicada em ambiente hospitalar assim como na atenção primária a saúde e nos ambulatorios de follow-up, auxiliando no aperfeiçoamento e atualização dos profissionais de saúde que trabalham nesses

ambientes, fazendo com que possam aplicar o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo acerca de suas ações.

Conclui-se que a animação gráfica sobre os cuidados domiciliares ao prematuro pode se tornar uma alternativa motivadora e adequada para abordagens de educação em saúde em grupo, uma vez que é uma tecnologia educacional inovadora de apoio ao ensino-aprendizagem acerca dos cuidados neonatais para pais e familiares que irão cuidar do prematuro no domicílio e poderá ser utilizada como uma técnica para disparar o diálogo entre os familiares e os profissionais.

Ressalta-se a necessidade de elaboração de novas tecnologias pela enfermagem, principalmente tecnologias educacionais, para se dinamizar e inovar as abordagens de educação em saúde e conquistar a atenção dos clientes.

Espera-se que essa animação possa contribuir na construção do conhecimento acerca dos cuidados ao prematuro, facilitando o esclarecimento de dúvidas e transformando a aprendizagem com situações atrativas, estimulando a capacidade de análise crítica-reflexiva das pessoas que assistirem ao desenho animado.

Como limitação do estudo aponta-se a necessidade de validação junto a clientela, familiares de prematuros, tendo em vista que o processo de validação revela quanto o material que se pretende empregar tem relevância e credibilidade junto aos usuários dessa tecnologia.



AHN, Y.; JUN, Y. Measurement of pain-like response to various NICU stimulants for high-risk infants. **Early Hum Dev**, v. 83, n. 4, p. 255-262, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854537>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

AMARAL, J. B. D. et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 18, n. 2, p. 241-246, 2014.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - AAP. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. **Pediatrics**, v. 128, n. 5, p. 1-27, nov. 2011.

ANTUNES, J. C. P.; NASCIMENTO, M. A. D. L. A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 5, p. 663-667, 2013.

AQUINO, F. M.; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Rev Rene**, v. 11, n especial, p. 169-177, 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp_n4.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

ARAÚJO, B. B. M. D.; RODRIGUES, B. M. R. D.; PACHECO, S. T. D. A. A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 128-131, 2015.

AUCOTT, S. et al. Neurodevelopmental care in the NICU. **Ment Retard Dev Disabil Res Rev**, v.8, n.4, p. 298-308, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454906>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

AULER, F.; DELPINO, F.S. Terapia nutricional em recém-nascidos prematuros. **Rev Saúde Pesq.**, v. 1, n. 2, p. 209-16, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/750/605>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

AURELIO, F. S.; TOCHETTO, M.T. Noise in a Neonatal Intensive Care Unit: measurement and perception of professionals and parents. **Rev Paul Pediatr**, v.28, n. 2, p. 162-9, 2010.

AXELIN, A. et al. Promoting shorter duration of ventilator treatment decreases the number of painful procedures in preterm infants. **Acta Pediatr**, v. 98, n. 3, p. 1751-5, 2009. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01446.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=www.google.com.br&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_D ENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01446.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.br&purchase_site_license=LICENSE_D ENIED)> Acesso em: 05 jun. 2016.

AZEVEDO, M. D.; CUNHA, M. L. C. D. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, v. 33, n. 1, p. 40-49, 2013.

\_\_\_\_\_. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Clinical & Biomedical Research**, v. 33, n. 1, may. 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

BALBINO, A.C. et al. Recém-nascido pré-termo: respostas comportamentais ao manuseio da equipe de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, p. 615-620, 2012. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5908/4252>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BAPTISTA, S. D. S. et al. Lactação em mulheres com bebês prematuros: reconstruindo a assistência de enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 3, p. 1036-1046, 2014.

BARD, L. K et al. Determinants of premature infant pain responses in heel sticks. **Pediatr Nurs**, v. 36, n. 3. p. 129-136, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20687304>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Rev Eletr Enf**. [Internet], v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: < [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/revista8\\_3/v8n3a13.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a13.htm)>. Acesso em: 13. out. 2015.

BARRETO, M. D. S.; SILVA, R. L. D. T.; MARCON, S. S. Morbidity in children of less than one year of age in risky conditions: a prospective study. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 12, n. 1, 2013.

BARROSO, M. L.; PONTES, A. L. D.; ROLIM, K. M. C. Consequências da prematuridade no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe adolescente e recém-nascido. **Rev. RENE**, v. 16, n. 2, p. 168-175, 2015.

BOEHS, A. E. et al. Cultural care theory concepts on master's degree dissertations. **Rev Rene**, v. 11, n. 4, p. 182-9, 2010.

BORCK, M.; SANTOS, E. K. A. Terceira etapa método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 761-768, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 mai. 2016.



BOTTI, N. C. L.; CARNEIRO, A. L. M.; ALMEIDA, S. A. PEREIRA, C. B. S. Construção de um software educativo sobre transtornos da personalidade. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1161-1166, nov/dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a26.pdf>> Acesso em: 17. Out. 2015.

BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 137, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2015/12/22/peds.2015-2238>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BOUSSO, R.S. et al. The relationship between religion, illness and death in life histories of family members of children with life-threatening Diseases. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 11-7, 2010.

BRAGA, F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M.. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev Nutr**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732008000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732008000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2016.

BRASIL. DETRAN. Resolução N.º 277, de 28 de maio de 2008. Dispõe sobre o transporte de menores de 10 anos e a utilização do dispositivo de retenção para o transporte de crianças em veículos. Disponível em: <[http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao\\_contran\\_277.pdf](http://www.denatran.gov.br/download/resolucoes/resolucao_contran_277.pdf)>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. **Guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2. ed. Brasília, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe--canguru**. 2. Ed. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da criança. Passaporte da cidadania**. 7. Ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília, 2015.

CAETANO, E. A. et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.439-445, 2013.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Prevention and management of pain in the neonate: An update. **Paediatr Child Health**, v.12, n. 2, p. 137-8, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/118/5/2231.full.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

CARDOSO, L. E. et al. Seguimento ambulatorial do recém-nascido de risco. In: Procianoy, R.S.; Leone, C.R. (Org.). **Programa de Atualização em neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.149-201.

CHAVES, E.C.L.; CARVALHO, E.C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev Eletr Enf** [online], v. 10, n. 2, p. 513-20. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a22.htm>> Acesso em: 01 ago. 2016.

CHIODI, L. C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **Acta paul. enferm**, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012.

CHIODI, L. C. et al. Health education and the family of the premature baby: an integrative review. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000600022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2016.

CHO, J. Y. et al. Parental concerns about their premature infant's health after discharge from the neonatal intensive care unit: a questionnaire survey for anticipated guidance in a neonatal follow-up clinic. **Korean J Pediatr**, v. 55, n. 8, p. 272-9, 2012.

CLEVELAND, L, M. Parenting in the Neonatal Intensive Care Unit. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v.37, n.6, p.666-91, Nov-Dec, 2008.

CLOHERTY, E. C et al. **Manual de Neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

COLLARES, P. M. C. et al. Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo. **Acta Fisiatr**, Fortaleza, v. 16, n. 3, p. 110-115, 2009.

COLLARES, P. M. C.; MAGALHÃES, M. S.; LANDIM, F. L. P.; MESQUITA, R. B.; MARQUES, A. K. M. Desenvolvimento de recurso de animação como suporte informativo. *ACTA FISIATR*, Fortaleza – CE, v. 16, n. 3, p. 110-115. 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Juliano/Downloads/v16n3a03%20(2).pdf> Acesso em: 17. Out. 2015.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

CONG, X. et al. Kangaroo care and behavioral and physiologic pain responses in very-low-birth-weight twins: a case study. **Pain Manag Nurs**, v. 13, n. 3, p. 127-38, 2012.

COSTA, L. B. et al. Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família. **Rev Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 515-519, Sept. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452007000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 mar. 2016.

COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade neonatal**: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora, 2005. 228 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980**, 2009. 169 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009.

COSTA, R.; LOCKS, M.; KLOCK, P. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 3, p. 335-60, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2382>>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Rev Esc enferm USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 199-204, Mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08 jul. 2016.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. D. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 1, p. 19-26, 2012.

COUTO, F. F.; PRACA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 886-892, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452009000400027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000400027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jun. 2016.

CRUZ, C. T. D.; STUMM, E. M. F. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Case report. **Rev. dor**, v. 16, n. 3, p. 232-234, 2015.

CUNHA, M. L. C.; PROCIANOY, R. S. Banho e colonização da pele do pré-termo. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 27, n. 2, p. 203-208, 2006. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4597/2518> Acesso em: 20 jun. 2016.

CUSTODIO, N. et al. Alta da unidade de cuidado intensivo neonatal e o cuidado em domicílio: revisão integrativa da literatura. **REME**, v. 17, n. 4, p. 984-991, 2013.

CZECHOWSKI, A. L. et al. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Rev. soc. bras. fonoaudiol**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 572-577, Dec. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151680342010000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151680342010000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2016.

DARCY, A.E.; HANCOCK, L.E.; WARE, E.J. A descriptive study of noise in the neonatal intensive care unit. Ambient levels and perceptions of contributing factors. **Adv Neonatal Care**, v. 8, n. 3, p. 165-75, 2008.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIA, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002012000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2015.

DUARTE, A. S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-17, jul./set. 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3\\_html\\_site/a17v11n3.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a17v11n3.html) > Acesso em: 4 jul. 2016.

EYKEN, E. D, V.; RIBEIRO, C, D, M. Child development: its agents and the public policies of the city of Rio de Janeiro. **Physis**. v. 22, n. 3, p. 1085-99, 2012.

FERNANDES, A. et al. Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 43, n. 2, p. 59-62, mar./abr. 2012

FERRARI, F. Posture and movement in healthy preterm infants in supine position in and outside the nest. **Arch Dis Child Fetal Neonatal** Ed, v. 92, p. 389-90, 2007.

FONSECA, L. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para família**. 3.ed. Cartilha educativa. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>> Acesso em: 04 jun. 2016.

FROTA, M. A et al. Reflection on public policies and strategies for child's integral health. **Enferm Foco**, v. 1, n. 3, p. 129-32, 2010.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 277-283, Jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun. 2016.

GALLEGOS-MARTINEZ, J.; REYES-HERNANDEZ, J.; SCOCHI, C. G. S. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1360-1366, 2013.

GRIFFIN, T. ABRAHM, M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 20, n. 3, p. 243-9, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16915057>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

HART, John. **The Art of the Storyboard: A Filmmaker's Introduction**. Massachusetts: Elsevier, 2008.

HEARN, D.; BAKER, M. **Computer Graphics with OpenGL, third edition**. New Jersey: Prentice-Hall, 2004.

HERRINGTON, C. J.; CHIODO, L. M. Human touch effectively and safely reduces pain in the newborn intensive care unit. **Pain Manag Nurs**, v. 15, n. 1, p. 107-15, 2014.

HUANG, Y. et al. Sleep and breathing in premature infants at 6 months post-natal age. **BMC Pediatrics**, v. 14, n.303, p. 5-6, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2431/14/303>> Acesso em: 12 jul. 2016..

HWANG, S. S. et al. Implementation of safe sleep practices in the neonatal intensive care unit. **J Perinatol**, v. 35, n. 10, p. 862-6, 2015.

JAVORSKI, M. Problemas de pele e mucosas: identificação dos fatores relacionados e características definidoras. **Nursing**, v. 92, n. 9, p. 67-72, 2006. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-522508>> Acesso em: 20 jun. 2016.

JOHNSTON, C. et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 1, p. CD008435-CD008435, 2014.

JOVENTINO, E.S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 176-184, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rge/v32n1/a23v32n1.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, feb. 2012 Disponível em: <http://periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40916/44399>> Acesso em: 20 jun. 2016.

KNELLER, G. F. **A ciência como atividade humana**. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

KOERICH, M. H. A. L. et al. Produção tecnológica Brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 736-743, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472011000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Aug. 2016.

KOERICH, M. H. A. L. et al. Produção tecnológica brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 736-743, dez. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20057/14449>>. Acesso em: 13. out. 2015

KROUSE, H. J. Video modelling to educate patients. *Journal of Adv Nurs. Florida (USA)*. v. 33, n. 6, p. 748-757. 2000. Disponível em: <[http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.13652648.2001.01716.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.13652648.2001.01716.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)>. Acesso em: 13. Out. 2015.

LAWN, J. E. et al. Born too soon: care for the preterm baby. **Reprod Health**, v. 10 Suppl 1, p. S5-S5, 2013.

MELO, L.; MACHADO, M. M. T.; LEITE, A. J. M.; ROLIM, K. M. C. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Rev. RENE**, v. 14, n. 3, p. 512-520, 2013.

LIEBRECHTS-AKKERMAN, G. et al. Postnatal parental smoking: an important risk factor for SIDS. **Eur J Pediatr**, v. 170, n. 10, p. 1281-129, 2011.

LOPES, G. L. ANDERSON, K. H.; FEUTCHINGER, J. Transition of premature infants from hospital to home life. **Neonatal Netw**, v. 31, p. 207-14, 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International journal of nursing knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

\_\_\_\_\_. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 649, 2013.

LOPEZ, C. P. et al. Avaliação da deglutição em prematuros com mamadeira e copo. **CoDAS**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 81-86, Feb. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S231717822014000100081&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S231717822014000100081&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 June 2016.

LORING, C. et al. Tub bathing improves thermoregulation of the late preterm infant. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 41, n. 2, p. 171-9, 2012.

MACREADY, N. Simple devices associated with better sleep quality in ICU conditions. **Crit Care**,. 2010 [cited 2010 Apr 15]. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/720309>>

MARTÍNEZ, C.; ROMERO, G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. **Enferm. univ**, v. 12, n. 3, p. 160-170, 2015.

MARTINS, C. P.; TAPIA, C. E. V.. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 778-783, Oct. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672009000500023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Mai. 2016.

MATALOUN, M, M, G, B.; LEONE, C, R.; ONO, N. VAZ, F. A. C. Repercussões neonatais do uso do leite materno com aditivos e formulas para pré-termos em recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer. **Pediatrics**, v. 26. p. 247-56. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=404463&indexSearch=ID>>Acesso em: 09 mai. 2016.

MATHEW, O. P. Apnea of prematurity: pathogenesis and management strategies. **J. Perinatol.** V. 31, n. 5, 302-10. 2011. Available from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21127467>>. Acess on 02/09/2016.

MCEWEN, M.; WILLS, M. E. **Bases teóricas para enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MCKELLAR, L. PINCOMBE, J.HENDERSON, A. Comingready or not!' Preparing parents for parenthood. **BrJ Midwifery**, v. 17, n. 3. p. 160-167, 2009.

MCMULLEN, S. L. Transitioning premature infants supine: state of the science. **MCN Am J Matern Child Nurs**, v. 38, n. 1, p. 8-12; quiz 13-4, 2013.

MEDEIROS, A. M. C.; BERNARDI, A. T. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol**, v. 16, n. 1, p. 73-79, 2011.

MELO, G. M et al. Nursing team communication with regard pain in newborns: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n. 3, p. 462-70, sep. 2013. ISSN 1676-4285. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4019>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

MENDES, G. A. Gravidez e o tabagismo. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**, n. 12, p. 13-17, 2012.

MILLS, M.M.; SIMS, D.C.; JACOB, J. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. 124-33, 2006.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. Home care of the premature baby. **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en\\_a04v22n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/en_a04v22n1.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2016.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev. eletrônica enferm**, v. 14, n. 3, p. 654-662, 2012.

MOREIRA, A. P. et al. Jogo educativo de administração de medicamentos: um estudo de validação. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 4, p. 528-534, jul/ago. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0528.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

NACLETO, T. S.; LOUZADA, F. M.; PEREIRA, E. F. Sleep/wake cycle and the attention deficit/hyperactivity disorder. **Rev Paul Pediatr**, v. 29, n. 3, p. 437-44, 2011.

NAZÁRIO, A. P. et al. Avaliação dos ruídos em uma unidade neonatal de um hospital universitário. **Semina cienc. biol. saude**, v. 36, n. 1, supl, p. 189-198, 2015

NEPOMUCENO, L. M. R.; KURCGANT, P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 665-672, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342008000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Aug. 2016.



NIETSCHE, E. A. et al. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 809-816, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000400024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

NIETSCHE, E. A. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA-UFSM. **Relatório Final**. Santa Maria: UFSM/CNPq, 2003.

\_\_\_\_\_. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de Enfermagem. Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

\_\_\_\_\_. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 13. n. 3, p. 344-353, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a09.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

NUNES, C. R.; ABDALA, L. G.; BEGHETTO, M. G.. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 21-27, dec. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472013000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Jul. 2016.

OLIVEIRA, M. C. D. et al. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 3, p. 2939-2948, 2015.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm**, v. 17. n. 1, p. 115-123, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf>> Acesso em: 01 de ago. 2016.

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 47. n. 1, p. 205-212, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a26v47n1.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015

OLIVEIRA, S.R.; SENA, R.R. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. **Rev. Min. Enferm**, v. 14, n.1, p.103-109, jan./mar., 2010 Disponível em: [http://www.enf.ufmg.br/site\\_novo/modules/mastop\\_publish/files/files\\_4c331459321a2.pdf](http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c331459321a2.pdf) >. Acesso em: 13 out. 2015

ORSI, K. C. S. C. et al. Effect of reducing sensory and environmental stimuli during hospitalized premature infant sleep. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 4, p. 550-555, 2015.

PACHECO, S. T. A. et al. Significado do uso do copinho em unidade de terapia intensiva neonatal: a vivência materna. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 434-8, Out/dez. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4674/3453> Acesso em: 09 mai.2016.

PACHECO, S. T. A. et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Rev enferm UERJ**, v. 21, n. 1, p. 106-112, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n1/v21n1a18.pdf> Acesso em: 20 jun. 2016.

PACHECO, S. T. A. et al. O manejo da dor em recém-nascidos prematuros sob a ótica dos pais uma contribuição para enfermagem. **Rev pesq cuid Fundam**, v. 5, n. 1, p. 3352-3359, jan./mar. 2013.

PACHECO, S. T. D. A. et al. O manejo da dor em recém-nascidos prematuros sob a ótica dos pais: uma contribuição para enfermagem. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 5, n. 1, p. 3352-3359, 2013.

PAI, D.D; SCHRANK, G. PEDRO, E.N.R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta paul enferm**, v. 19, n. 1, p. 82-7. 2006.

PAIVA, C. V. et al. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **REME**, v. 17, n. 4, p. 924-931, out/dez. 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/896> Acesso em: 09 mai. 2016.

PARSE, R.R. Paradigms and theories. In: Parse RR. **Nursing science: major, paradigmes, theories and critiques**. Philadelphia: WBSaunders Company, 1987. p. 01-14.

PENG, N.H. et al. Energy expenditure in preterm infants during periods of environmental stress in the neonatal intensive care unit. **Jpn J Nurs Sci**, v. 11, n. 4, p. 241-7, 2014.

PEREIRA, F. L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1272-1278, dec. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78088>. Acesso em: 09 mai. 2016.

PEREIRA, L. B. et al. Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. **Texto & contexto enferm**, v. 24, n. 1, p. 55-63, 2015.

PILLAI RIDDELL, R. R. et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 10, p. CD006275-CD006275, 2011.

PINEDA R. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. **Breastfeed Med**, v. 5, n. 6, p. 1-5. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20807105>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

PINHEIRO, E.M. et al. Noise Neonatal Intensive Care Unit and inside the incubator. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1214-21, Sep-Oct. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22030587>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO, A. R. e al. Teorias de enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional. **R. pesq. Cuid. Fundam**, v. 5, n. 5, p. 155-161, Dez. 2013.

PRADO, M. L. et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de Mestrado. **Texto Contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 475-481, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a10v18n3>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

QUIGLEY, M, A.; KELLY, Y,J.; SACKER, A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **Pediatr**, v. 119, n. 4, p. 837-42, 2007.

RAFFRAY, M. et al. Barreras y facilitadores para las familias con bebés prematuros que se preparan para el alta de la unidad neonatal. Percepciones del personal de salud. **Invest Educ Enferm**, v. 32, n. 3, p. 379-392, 2014.

RAISKILA, S. et al. Trends in care practices reflecting parental involvement in neonatal care. **Early Hum Dev**, v. 90, n. 12, p. 863-7, 2014.

RIBEIRO, L. M. et al. Human milk for neonatal pain relief during ophthalmoscopy. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1039-1045, 2013.

RIBEIRO, M.A.C. Aspectos que influenciam a termorregulação: assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo, 2005. Monografia (Graduação). Taguatinga (DF): Faculdade JK; 2005.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan/fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>>. Acesso em: 13. out. 2015.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. eletrônica enferm**, v. 15, n. 1, p. 253-264, 2013.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. eletrônica enferm**, v. 15, n. 1, p. 253-264, 2013.

RODRIGUÊS, JUNIOR, J. C.; REBOUÇAS, C. B. A. **Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde visual de escolares**, 2014 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ROGERS, G. F. Deformational plagiocephaly, brachycephaly, and scaphocephaly. part I: terminology, diagnosis, and etiopathogenesis. **The Journal of Craniofacial Surgery**, v. 22, n. 1, p. 9-16, 2011.

ROLIM, K. M. C; CARDOSO, M.V.L.M.L. A interação enfermeira-recém-nascido dur, v. 40, n. 4, p. 515-23, 2006.

ROLIM, K. M. C et al. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele no recém-nascido. **Rev. Enferm**, v. 17, n. 4, p. 544-9, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a16.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2016.

ROLIM, K. M. C. et al. Percepção das mães sobre aleitamento em prematuros da unidade canguru de uma maternidade de Fortaleza – CE. **Rev RENE**, v. 9, n. 2, p. 54-63, 2008 abr/jun. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962007.pdf>>. Acesso em: 09 mai. 2016.

ROPER, N, LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **O modelo de enfermagem Roper Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi, 2001.

ROPER, N.; LOGAN, W.; TIERNEY, A. J. **Modelo de enfermagem**. 3ª ed. Lisboa (PO): McGraw-Hill, 1995.

ROSA, L. M. Et al.. Referenciais de Enfermagem e produção do conhecimento científico. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.1, p.120-5, 2010.

RUGOLO, L. M. S. S. Follow-up do recém-nascido de muito baixo peso. In: COSTA, H.P.F; MARBA, S.T.(Orgs.) **Recém-nascido de muito baixo peso**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.469-77.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, Nov. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011001100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011001100018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 Mai. 2016.

SALGADO, A. P. N. et al. Newborn sleep in neonatal intensive care units. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 4, p. 644-9, 2011.

SANTORO, J. W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. Pediatr**, v. 83, n. 6, p. 541-6, 2007.

SANTOS, L. C. et al. Percepción de las madres de los bebés prematuros sobre las visitas domiciliarias antes y después del alta. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 32, n. 3, p. 393-400, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012053072014000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072014000300004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2016.

SANTOS, L. M. D.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. D. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 2, p. 269-275, 2012.

SANTOS, N. D. D. et al. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 22, n. 1, p. 65-70, 2014.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: Análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc. AnnaNery Rev. Enferm**, v. 14, n. 1, p. 182-188, Jan/mar. 2010.

SCHERF, R. F.; REID, K. W. Going home: what NICU nurses need to know about home care. **Neonatal Netw**, v. 25, p. 421-5, 2006.

SCHMIDT, K. T. et al. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 6, p. 833-839, 2013.

SCHMIDT, K. T. et al. Recém-nascidos prematuros e a alta hospitalar: uma revisão integrativa sobre a atuação da enfermagem. **Rev. RENE**, v. 12, n. 4, p. 849-858, 2011.

SCOCHI, C.G.S. et al. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n.4, p. 540-5, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/15.pdf> > Acesso em: 09 mai. 2016.

SCOCHI, C.G.S.; GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.H.A. Termorregulação: assistência hospitalar ao recém-nascido pré-termo. **Acta Paul Enferm**, v. 15, n. 1, p. 72-78, 2002.

SIEBEL, S. C. et al. Vivência das mães na amamentação do recém-nascido pré-termo. **Espaço. saúde (Online)**, v. 15, n. 3, p. 53-64, 2014.

SILVA, J. D. D.; SALES, C. A. Ao imaginário ao real: A experiência de pais enlutados. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 1142-51, 2012. Disponível em: [www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/76/pdf](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/76/pdf) Acesso em: 04 jun. 2016.

SILVA, Y.P. Avaliação da dor em neonatologia. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 57, n. 5, p. 565-574, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003470942007000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt..](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942007000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt..) Acesso em: 09 mai. 2016.

SILVEIRA, R. C. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. 1. ed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento\\_prematuro\\_oficial.pdf](http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_oficial.pdf) ISBN 978-85-88520-24-0

SIMIONI, A. S.; GEIB, L.T. C.. Percepção materna Quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 545-551, Oct. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672008000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000500003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 mai. 2016.

SKENE, C. et al. Parental involvement in neonatal comfort care. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 41, n. 6, p. 786-97, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. (2009) Disponível em <http://www.sbp.com.br/arquivo/bebes-devem-dormir-de-barriga-para-cima> Acesso em 20 de ago. 2016.

SOUZA, E, S. et al. A look of women-mothers about pre natal care. **Rev enferm UFPE on line**, v. 7, n. 8, p. 5135-42, 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4562>. Acesso em: 09 mai. 2016.

SOUZA, K. V.; TESIN, R. R.; ALVES, V. H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta paul enferm**, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 608-613, Oct. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002010000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 mai. 2016.

SOUZA, N. L. et al. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 729-733, Oct. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 mai. 2016.

TÂMEGA, I. das E. Mistério a ser desvendado: síndrome da morte súbita do lactente (SMSL). **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 12, n. 1, p. 28 - 30, mar. 2010.

TAMEZ, R. N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TAVARES, T. S et al. caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. **R Enferm Cent O Min**, v. 3, n. 4, p. 1322-133, Set-dez. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/802/769> Acesso em: 20 jun. 2016.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev Eletr Enf**, v. 12. n. 4, p. 598, Out-dez. 2010.

TOSOL, B. R. G. O et al. Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 6, p. 1147-53, Nov-dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000601147](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601147)> Acesso em: 22 jun. 2016.

TREZZA, M.C.A.F; SANTOS, R.M; LEITE, J.L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-8, nov/dez. 2008.

TRONCO, C. S. et al. Manutenção da lactação de recém-nascido pré-termo: rotina assistencial, relação mãe-filho e apoio. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 4, p. 635-640, 2015.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev enferm UERJ**, v. 18, n. 1, p. 108-113, jan/mar. 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a19.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

TRONCO, C.S. **O cotidiano do ser-mãe-de-recém-nascido-prematuro diante da manutenção da lactação na UTI neonatal**: possibilidades para a enfermagem, 2012. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2012.

UEMA, R. T. B. et al. Insucesso na amamentação do prematuro: alegações da equipe. **Semina cienc. biol. saude**, v. 36, n. 1, supl, p. 199-208, 2015.

UNICEF. Child poverty and disparities in Mozambique in 2010. Relatório Sumário. Naputo: Moçambique, 2011.

VELEDA, A. A. et al. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/3695/Fatores%20associados%20ao%20atraso%20no%20desenvolvimento%20em%20crian%C3%A7as%2c%20Rio%20Grande%2c%20Rio%20Grande%20do%20Sul%2c%20Brasil.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

VENSON, C.; FUJINAGA, C. I.; CZLUNIAK, G. R. Estimulação da sucção não nutritiva “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 15, n. 3 p. 452-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n3/22.pdf>> Acesso em: 09 mai. 2016.

VIEIRA, C. S. et al. Rede de apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev Eletrônica Enferm**, v. 12, n. 1, p. 11-9, 2010.

VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & contexto enferm**, v. 18, n.1, p. 74-82, 2009.

VIERA, C. S. et al. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderoestatural. **Rev. eletrônica enferm**, v. 15, n. 2, p. 407-415, 2013.

VISSCHER, M. O.; TAYLOR, T.; NARENDHAN, V. Neonatal intensive care practices and the influence on skin condition. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, v. 27, n. 4, p. 486-93, 2013.

WALKER, L. J. Bonding with books: the parent-infant connection in the neonatal intensive care unit. **Neonatal Netw**, v. 32, n. 2, p. 104-9, 2013.

WESTRUP, B. Family-centered developmentally supportive care: the Swedish example. **Arch Pediatr**, v. 22, n. 10, p. 1086-91, 2015.

WHITEHEAD, M. **Animation**. Hertfordshire: The Pocket Essentials, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **La alimentación del lactante y del niño pequeño**: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Ginebra: WHO, 2010.



XAVIER, S. et al. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 814-818, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6036>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

YOUNG, D. L. et al. Skin care product evaluation in a group of critically ill, premature neonates: a descriptive study. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 41, n. 6, p. 519-27, 2014.

ZACONETA, C. M. **Neonatologia, a terceira onda** [monografia]. Brasília: Departamento de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília; 2001.

ZHANG, S. H. et al. Evidence utilization project: implementation of kangaroo care at neonatal ICU. **Int J Evid Based Healthc**, v. 12, n. 2, p. 142-50, 2014.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE A**

### **CARTA-CONVITE PARA OS JUÍZES**

Eu, Thais da Rocha Cicero Pinto, Enfermeira, discente do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, estou desenvolvendo um estudo intitulado “Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio” no qual uma das etapas refere-se a validação dessa tecnologia por juízes especialistas na área neonatal.

Considerando sua especialidade e área de atuação profissional, gostaria de convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa, tendo em vista que seus conhecimentos relacionados à temática são relevantes para a avaliação da animação gráfica. Após aceitar participar desse estudo, será agendando um encontro para realizar-se a validação por consenso. Nessa reunião serão explicados todos os procedimentos, instrumentos a serem preenchidos, bem como será solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os impressos deverão ser preenchidos assim que assistirem a animação gráfica educativa. Você receberá dois instrumentos para preenchimento: um com a caracterização do juiz e o outro contendo questões para avaliação do conteúdo da tecnologia.

Agradeço desde já a sua participação.

Atenciosamente,

Enfa. Thais da Rocha Cicero Pinto

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFES.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA O JUÍZ

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio”.

**JUSTIFICATIVA:** A utilização de uma tecnologia educativa tem o objetivo de auxiliar no processo de ensino-aprendizado dos pais, fazendo com que desenvolvam o senso de responsabilidade durante o atendimento ao recém-nascido, orientando sobre o modo mais adequado de prestar cuidados e responder às necessidades da criança, diminuindo o estresse, evitando readmissões e buscando recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta hospitalar.

**OBJETIVO:** Elaborar e validar uma animação gráfica educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro com base no “Modelo de Atividades de Vida” de Roper, Logan e Tierney.

**DESENHO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo metodológico.

**LOCAL DO ESTUDO:** O estudo será desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

**POPULAÇÃO:** A população do estudo será formada por especialistas na área neonatal.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um formulário em horários pré-agendados. Por se tratar de uma pesquisa na qual os participantes contribuirão com suas experiências e responderão a questionamentos, há um risco de desconforto do sujeito de pesquisa. A minimização dos riscos será obtida pela orientação minuciosa sobre a pesquisa antes da realização do preenchimento do questionário. Em momento algum o direito de preservação da identidade dos participantes será infringido. Desta forma, o participante não será julgado por suas respostas. O benefício relacionado à sua participação será de contribuir no desenvolvimento de novas tecnologias e ampliação do conhecimento científico na área de Enfermagem acerca das tecnologias educacionais e assistenciais. O senhor receberá uma cópia desse termo onde constam os contatos

dos pesquisadores, podendo tirar as suas dúvidas sobre o presente documento, o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira.

**CONTATO:** As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são Cândida Caniçali Primo e Denise Silveira de Castro (Professoras do Departamento de Enfermagem – UFES); e Thais da Rocha Cicero Pinto (Enfermeira do HUCAM e mestranda do PPGENF). Qualquer esclarecimento, as referidas pesquisadoras atuam no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), fone: (27) 3335 - 7119. E-mail: [ppgenfufes@gmail.com](mailto:ppgenfufes@gmail.com). Endereço: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus Universitário de Maruípe, Vitória-ES, Brasil. CEP: 29040- 090.

O(A) Sr.(a) também pode contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone (27) 3335-7211, e-mail [cep.ufes@hotmail.com](mailto:cep.ufes@hotmail.com) ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h. Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio” eu, Thais da Rocha Cicero Pinto, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

### **DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. As pesquisadoras Cândida Caniçali Primo, Denise Silveira de Castro e Thais Cicero Pinto certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Nome

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data

## APÊNDICE C

### INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

#### Instruções para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados

Prezado Juiz,

Esta pesquisa intitula-se “Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio” consiste em uma Dissertação de Mestrado, conforme é explanado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na primeira etapa do estudo realizou-se uma revisão integrativa da literatura na qual os artigos selecionados foram lidos exaustivamente, de modo a explorar profundamente o texto, destacando os segmentos que tratavam dos cuidados necessários ao recém-nascido prematuro. Os dados dessa análise foram organizados em planilhas, agrupando as informações, de acordo com os cuidados necessários ao recém-nascido prematuro em domicílio organizando de acordo com as doze atividades cotidianas da vida.

Depois dessa planificação e organização de dados, foi elaborado o roteiro para a animação gráfica. Para a construção do roteiro da animação gráfica, também realizou-se consulta a livros textos de enfermagem, neonatologia, cuidados intensivos neonatais e manuais do Ministério da Saúde da área de neonatologia.

Para o desenvolvimento da animação gráfica seguiu-se quatro etapas: 1) *storyboard*; 2) definição de objetos; 3) especificação de quadros-chave; e 4) geração de quadros entre os quadros-chave. As duas primeiras etapas correspondem ao planejamento da animação, enquanto às duas últimas consistem na produção efetiva.

Na terceira etapa será feita a validação do conteúdo da tecnologia educativa sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido prematuro.

Diante disso, contamos com a sua participação para responder o instrumento dessa terceira etapa da pesquisa, sendo esse dividido em duas partes:

1. Caracterização do Juiz;
2. Formulário de avaliação da animação gráfica.

Após a assistir cada animação gráfica solicitamos que o senhor (a) avalie essa tecnologia educativa preenchendo uma das opções: SIM ou NÃO para cada item do formulário de avaliação.

Agradecemos a sua contribuição e nos dispomos para quaisquer esclarecimentos e/ou dúvidas.

Mestranda: Thais da Rocha Cicero Pinto

Orientadora: Profa. Dra. Cândida Caniçali Primo

Coorientadora: Profa. Dra. Denise Silveira de Castro

### CARACTERIZAÇÃO DO JUÍZ

1. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2. Idade (anos completos): \_\_\_\_\_
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Titulação máxima: ( ) Pós-graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado  
Especialização: \_\_\_\_\_  
Mestrado: \_\_\_\_\_  
Doutorado: \_\_\_\_\_
5. Instituições que trabalha: \_\_\_\_\_
6. Ano e local de graduação: \_\_\_\_\_
7. Tempo de prática clínica em Neonatologia (em anos): \_\_\_\_\_

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ANIMAÇÃO GRÁFICA

Prezado especialista, após assistir a animação gráfica solicitamos que o senhor (a) marque uma das opções: **SIM** ou **NÃO** para cada item desse formulário de avaliação.



ITENS DE AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
<b>Conceito da ideia</b> (empoderar pais e familiares sobre os cuidados domiciliares ao prematuro):		
Conteúdo temático é relevante e atual?		
Conteúdo coerente com objetivo de orientar os familiares sobre os cuidados domiciliares ao prematuro?		
Objetivo da animação é coerente com a realidade da prática de enfermagem?		
O contexto em que a animação se passa é evidente desde o primeiro momento?		
As premissas/informações expostas estão corretas?		
As informações são compreensivas?		
As informações são suficientes?		
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com prematuros?		
Adequado para ser usado por profissional de saúde?		
O conteúdo aborda comportamentos?		
Propõe ao público alvo mudança de comportamento?		
Propõe aos familiares sentirem-se mais seguros e confiantes para cuidar do prematuro?		
Acredita que poderá melhorar o conhecimento acerca dos cuidados com o prematuro?		
Avaliação geral da Ideia: ( ) Excelente      ( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular		
Comentários: _____ _____		

<b>Construção dramática</b> (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final):		
Ponto de partida do roteiro tem impacto?		
A apresentação do roteiro é agradável?		
As cenas refletem estereótipos ou discriminação?		
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce?		
O vídeo motiva os familiares a aprenderem?		
Avaliação geral da construção dramática: ( ) Excelente      ( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular		
Comentários: _____ _____		

<b>Ritmo</b> (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena):		
Cada cena motiva a próxima?		
Avaliação geral do ritmo: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
<b>Personagens</b> (motivação, credibilidade, interação):		
Existe empatia com as personagens?		
A apresentação das personagens é adequada?		
Os personagens lembram os familiares da realidade a qual o vídeo se propõe?		
Avaliação geral das personagens: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
<b>Potencial dramático:</b>		
Existe emoção?		
Existem surpresas?		
Avaliação geral do potencial dramático: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
<b>Diálogos</b> (tempo dramático):		
Os diálogos têm naturalidade?		
As personagens têm vocabulário adequado?		
O estilo de voz ativa é utilizado?		
Há conclusão nos diálogos?		
Avaliação geral dos diálogos: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Ótimo <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular Comentários: <hr/>		
<b>Estilo visual</b> (estética):		
As cenas refletem aspectos importantes do cuidado domiciliar ao		

premature?		
Avaliação geral do estilo visual: ( ) Excelente      ( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
<b>Público alvo</b> (pais e familiares de recém-nascidos prematuros):		
O conteúdo tem relação direta com o público alvo?		
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta?		
A linguagem está compatível com o nível de conhecimento do público alvo?		
Avaliação geral do público alvo: ( ) Excelente      ( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
<b>Relevância</b> (refere-se as características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens, diálogos e cenas) apresentados na animação gráfica:		
O roteiro da animação ilustra aspectos importantes da temática em estudo?		
As cenas são relevantes para que os pais e familiares possam conhecer os cuidados domiciliares com os recém-nascidos prematuros?		
O roteiro traz um resumo ou revisão?		
Avaliação geral da relevância: ( ) Excelente      ( ) Ótimo      ( ) Bom      ( ) Regular Comentários: <hr/> <hr/>		
Escreva suas sugestões: <hr/> <hr/>		
– Resultado do especialista (marque com um círculo): Aprovado Aprovado com modificações Reprovado com qualidades Reprovado		

Fonte: Rodrigues Junior, 2014; adaptado de Comparato, 2009.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### ACEITE DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DE ENFERMAGEM

**Pesquisador:** Fabíola Zanetti Resende

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 57930016.0.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.794.528

##### **Apresentação do Projeto:**

Este estudo será desenvolvido em duas etapas: Etapa 1) Validação de conteúdo das tecnologias de Enfermagem por juízes; Etapa 2) Validação de conteúdo e clareza das tecnologias de Enfermagem pela clientela

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Validar tecnologias educacionais de Enfermagem voltadas para área materno-infantil.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios atendem a resolução 466/2012 CNS

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Espera-se com a elaboração de tecnologias aumentar a eficiência da assistência de enfermagem, nessa perspectiva promover o aumento da visibilidade e reconhecimento do profissional de Enfermagem, uma vez que a tecnologia organiza o trabalho profissional. Também, as tecnologias possibilitarão uma reflexão sobre a condição do cliente e o autoconhecimento visto promover participação do usuário como protagonista do processo despertando a consciência crítica e a autonomia.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto assinada pela diretora do Centro CCS

Endereço: Av. Marechal Campos 1488

Bairro: SM

CEP: 29.040-091

UF: ES Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

# CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.794.538

- Apresenta autorização do HUCAM para realização da pesquisa
- Os 2 TCLE estão de acordo com a resolução
- Orçamento detalhado e de custeio próprio da pesquisadora
- Anexados Formulários e documentos que serão usados na 1ª e 2ª etapa da pesquisa
- Cronograma com datas após da aprovação do projeto pelo CEP

**Recomendações:**

Sem

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Cumpridas

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_737626.pdf	30/09/2016 11:09:46		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	validateeducacional.pdf	30/09/2016 11:09:26	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
Brochura Pesquisa	validateeducacionalset.pdf	30/09/2016 11:08:35	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
Outros	FORMULARIO8tecnologias.pdf	19/09/2016 12:47:48	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartarespostaGEPTecnosetembre.pdf	19/09/2016 12:46:30	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
Folha de Rosto	folharostoplataforma.pdf	29/06/2016 21:18:37	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
Outros	autorizacaotecnologia.pdf	11/06/2016 11:30:56	Fabiola Zanetti Resende	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/06/2016 11:28:28	Fabiola Zanetti Resende	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468  
Bairro: GAN  
UF: ES Município: VITORIA  
Telefone: (27)3338-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.794.530

VITÓRIA, 27 de Outubro de 2016

---

Assinado por:

**Maria Helena Montelero de Barros Miotto**  
(Coordenador)